POLIROM

Alois Gherguţ

SINTEZE DE PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

Ghid pentru concursuri şi examene de obţinere a gradelor didactice



Ştiinţele educaţiei
Structuri, conţinuturi, tehnici

ŞTIINŢELE EDUCAŢIEI

Structuri, conţinuturi, tehnici





Colecţia *Ştiinţele educaţiei. Structuri, conţinuturi, tehnici* este coordonată de Cezar Bîrzea şi Constantin Cucoş.

Alois Gherguţ este cadru didactic la Catedra de Psihologie medicală şi Psihopedagogie specială, doctor în ştiinţele educaţiei, din 2004 cancelar al Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, Universitatea „Al.I. Cuza", Iaşi. A absolvit mai multe stagii de pregătire în domeniile: managementul serviciilor sociale, designul programelor de intervenţie psihopedagogică, psihopedagogia persoanelor cu cerinţe speciale, consiliere psihopedagogică, educaţie incluzivă. De acelaşi autor au mai apărut: *Introducere în problematica educaţiei integrate*, Editura Spiru Haret, Iaşi, 2000 (coautor Teodor Cozma); *Psihopedagogie specială*, Editura Polirom, Iaşi, 2000 (coautor Cristina Neamţu); *Psihopedagogia persoanelor cu cerinţe speciale. Strategii de educaţie integrată*, Editura Polirom, Iaşi, 2001; *Managementul serviciilor de asistenţă psihopedagogică şi socială. Ghid practic*, Editura Polirom, Iaşi, 2003. A mai publicat numeroase studii şi articole în volume colective, publicaţii de specialitate şi periodice. Autorul poate fi contactat la adresa de e-mail alois@uaic.ro.

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37; P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

GHERGUŢ, ALOIS

Sinteze de psihopedagogie specială: ghid pentru concursuri şi examene de obţinere a gradelor didactice / Alois Gherguţ – Iaşi: Polirom, 2005

ISBN: 973-681-887-X

37.015.3:376
159.922.76

Printed in ROMANIA

Alois Gherguţ

SINTEZE DE PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

Ghid pentru concursuri şi examene de obţinere a gradelor didactice





POLIROM
2005

www.polirom.ro

Tablă de materii

Caută să devii un om mai bun şi asigură-te
că ştii cine eşti tu înainte de a cunoaşte pe cineva
şi a aştepta ca acea persoană să ştie cine eşti.

Gabriel García Márquez

În loc de introducere...

Vă propun o scurtă reflecţie pornind de la o poveste interesantă, auzită de la un om simplu care, deşi prezenta o dizabilitate severă, îşi trăia cu demnitate viaţa de zi cu zi şi avea acea forţă interioară a caracterului care îl făcea fericit şi împăcat cu propriul destin.

A fost odată o insulă unde trăiau toate sentimentele şi valorile umane : Buna Dispoziţie, Bogăţia, Orgoliul, Tristeţea, Înţelepciunea... şi, ca toate celelalte, Iubirea. Într-o bună zi sentimentele şi valorile au fost anunţate că insula este în pericol să se scufunde. Imediat toate şi-au pregătit navele şi bărcile, căutând să plece cât mai repede. Doar Iubirea a rămas până în ultimul moment. Când insula era pe punctul să se scufunde, Iubirea a decis să ceară ajutor. S-a întâmplat ca Bogăţia să treacă pe lângă Iubire cu o barcă luxoasă. Atunci Iubirea, cu o voce sfioasă, îi zise :

– Bogăţie, mă poţi lua cu tine ?

– Nu te pot lua, căci e mult aur şi argint în barca mea şi nu mai am loc şi pentru tine.

Deoarece pericolul era din ce în ce mai mare, Iubirea s-a hotărât să ceară şi ajutorul Orgoliului care se apropia într-o superbă navă :

– Te rog, mă poţi lua cu tine ?

– Nu te pot ajuta, Iubire, răspunse Orgoliul, aici e totul perfect, mi-ai putea strica nava.

În acele condiţii Iubirea a decis să apeleze şi la ajutorul Tristeţii, care tocmai se apropia de ea :

– Tristeţe, te rog, lasă-mă să vin cu tine !

– Oh, Iubire, răspunse Tristeţea, sunt atât de tristă, încât vreau să stau singură.

Chiar şi Buna Dispoziţie a trecut pe acolo, dar era atât de mulţumită de sine, încât nu a auzit când Iubirea o strigă neajutorată.

Deodată o voce spuse :

– Vino, Iubire, te iau cu mine !

Era un bătrân cel care vorbise. Iubirea se simţi atât de recunoscătoare şi plină de bucurie, încât, după ce au ajuns la ţărm, a uitat să-l întrebe pe bătrân care îi este numele. Iubirea şi-a dat seama cât de mult îi datora şi întrebă Cunoaşterea :

– Cunoaştere, îmi poţi spune cine m-a ajutat ?

– Era Timpul, răspunse Cunoaşterea.

– Timpul ? Dar de ce tocmai Timpul m-a ajutat ?

Cunoaşterea, plină de înţelepciune, îi răspunse :

– Pentru că numai Timpul poate fi în măsură să înţeleagă cât de importantă este Iubirea în viaţa noastră.

Cititorilor cărţii de faţă ar putea să li se pară oarecum atipică această modalitate de introducere, dar, dincolo de mesajul povestirii cu accente filosofice, vreau să susţin şi să apreciez disponibilitatea celor care au acceptat a se pune profesional şi uman în slujba serviciilor destinate persoanelor cu dizabilităţi sau aflate în situaţii de dificultate.

În acest context, eforturile învăţământului românesc de angajare într-un proces de restructurări profunde, menit să schimbe grila de valori a educaţiei în acord cu procesul de democratizare a întregii societăţi româneşti, precum şi studiul particularităţilor de dezvoltare a persoanelor cu dizabilităţi, în special a copiilor cu cerinţe educative speciale, în scopul identificării de noi strategii educaţionale – mai bine adaptate trebuinţelor lor, şi deci mai eficiente –, au devenit una dintre dominantele şi provocările investigaţiei şi cercetărilor psihopedagogiei speciale din ţara noastră. O provocare este şi necesitatea schimbării mentalităţilor şi atitudinilor referitoare la persoanele cu dizabilităţi şi încercarea de a le oferi o viaţă normală prin schimbarea reprezentărilor sociale asupra acestui segment de populaţie şi prin renunţarea la etichetări şi stigmatizare, prin oferirea de şanse egale în vederea integrării lor socioprofesionale. În acest sens s-au consemnat în ultimii ani o serie de iniţiative merituoase vizând satisfacerea nevoii de informare referitoare la psihopedagogia specială, un domeniu foarte dinamic al sistemului de educaţie şi servicii pentru persoanele cu nevoi speciale. Prin urmare, această lucrare încearcă să sintetizeze, să clarifice şi să actualizeze multitudinea de informaţii referitoare la asistenţa, educaţia şi integrarea socioprofesională a persoanelor cu nevoi speciale, fiind concepută ca un util instrument de lucru pentru specialiştii şi cadrele didactice, cu şi fără experienţă în domeniul activităţilor specializate, ea urmărind să răspundă atât nevoii de informare, cât şi celei de formare de deprinderi şi competenţe necesare în relaţia cu această categorie specială de beneficiari. De asemenea, conţinutul volumului de faţă a fost elaborat şi structurat în acord cu noile strategii şi direcţii de pregătire continuă a personalului de specialitate, prezentând într-un limbaj accesibil informaţii necesare asigurării unei acţiuni educative şi de intervenţie eficiente. Terminologia de specialitate actualizată, aspectele privind organizarea modernă a sistemului şi programelor de intervenţie, descrierea clinică a principalelor categorii de persoane cu cerinţe educative speciale şi a specificului dezvoltării lor, modalităţile concrete de intervenţie în educaţia şi asistenţa copiilor cu cerinţe educative speciale etc., alături de particularităţile de prezentare a informaţiilor şi de multitudinea şi mobilitatea unghiurilor de abordare, recomandă această lucrare tuturor categoriilor de specialişti care desfăşoară activităţi de educaţie, asistenţă, intervenţie şi sprijin pentru persoanele cu dizabilităţi sau cu cerinţe educative speciale.

Autorul
Iaşi, 2005

CAPITOLUL 1

Cadrul conceptual, stadiul actual şi tendinţele privind reabilitarea, educaţia şi asistenţa persoanelor cu cerinţe speciale

1.1. Preliminarii

Schimbarea condiţiilor sociale şi economice din ţara noastră a avut un profund impact şi asupra persoanelor cu dizabilităţi sau aflate în dificultate. Pentru aceste categorii de persoane, în conformitate cu cerinţele internaţionale, au fost promovate o serie de politici sociale şi servicii de asistenţă şi intervenţie care au drept scop:

- garantarea unei participări totale şi active în viaţa comunităţii a persoanelor cu diferite tipuri de deficienţă;
- asistarea persoanelor cu dizabilităţi sau aflate în dificultate pentru a-şi conduce viaţa independent, în acord cu propriile dorinţe;
- prevenirea sau eliminarea apariţiei deficienţelor, prevenirea agravării şi diminuarea consecinţelor lor;
- prevenirea apariţiei barierelor sociale în calea persoanelor cu handicap şi diminuarea consecinţelor barierelor actuale;
- evitarea sau eliminarea oricăror forme negative de discriminare asupra persoanelor cu dizabilităţi.

Politicile şi strategiile naţionale pentru copii şi tineri cu nevoi speciale au la bază ideea de *educaţie pentru toţi* şi, în acelaşi timp, *educaţia pentru fiecare.* Din această perspectivă au fost stabilite următoarele priorităţi:

- şcolile trebuie să includă în procesul de învăţământ toate categoriile de copii, inclusiv copii cu diferite tipuri de deficienţe, prin promovarea şi susţinerea educaţiei incluzive;
- intervenţia timpurie să fie o preocupare principală a educaţiei speciale;
- eliminarea etichetărilor şi stigmatizărilor pentru anumite grupuri de copii cu deficienţe ca fiind „noneducabili"; acest fapt atrage după sine eliminarea practicilor de excludere a anumitor persoane de la serviciile educaţionale;
- alocarea resurselor materiale necesare educaţiei copiilor cu cerinţe educative speciale să se facă pe principiul *resursa urmează copilul*, indiferent de forma de învăţământ pe care o frecventează.

În documentele editate sub egida UNESCO referitoare la terminologia educaţiei speciale şi a disciplinelor ei conexe, cum ar fi psihopedagogia medicală, psihopedagogia medico-socială sau psihologia copilului cu cerinţe speciale, se subliniază ideea că psihopedagogia specială este o ştiinţă de sinteză care utilizează informaţii furnizate de medicină (pediatrie, neuropsihiatrie, neuropatologie, neurologie infantilă, oftalmologie, otorinolaringologie, ortopedie, audiologie, igienă etc.), psihologie, pedagogie, sociologie, asistenţă socială, ştiinţe juridice, în studiul personalităţii persoanelor cu diferite tipuri de deficienţă (mintală, auditivă, vizuală, somatică, de conduită, de limbaj etc.) sau a persoanelor aflate în dificultate privind integrarea şi relaţionarea lor cu instituţiile comunităţii sau cu semenii din comunitatea din care fac parte. Altfel spus, psihopedagogia specială împrumută din alte discipline termeni, concepte a căror semnificaţie este utilizată într-o manieră interdisciplinară distinctă, în funcţie de varietatea formelor de deficienţă şi inadaptarea consecutivă tipului de deficienţă. De asemenea, câmpul de acţiune a psihopedagogiei speciale se situează între studierea stării de normalitate şi a stării patologice, parcurgând un traseu complex care include prevenirea, depistarea, diagnoza, terapia, recuperarea, educarea, orientarea şcolară şi profesională, integrarea socio-profesională şi monitorizarea evoluţiei ulterioare a persoanei cu dizabilităţi sau aflate în dificultate. Toate etapele respective pot fi incluse într-o formulă specifică acestui domeniu care justifică în mare parte caracterul pragmatic, acţional al psihopedagogiei speciale: *asistenţa psihopedagogică şi socială*[1].

Componentele fundamentale ale asistenţei psihopedagogice şi sociale sunt:

a) *psihologică*:
- cunoaşterea particularităţilor specifice dezvoltării psihice a persoanei şi a tuturor componentelor personalităţii;
- atitudinea şi reacţiile persoanei în raport cu deficienţa sau cu incapacitatea sa şi în relaţiile cu cei din jur;
- modul de manifestare a comportamentului în diferite situaţii;
- identificarea disfuncţiilor la nivel psihic;
- identificarea căilor de terapie, recuperare, compensare a funcţiilor şi proceselor psihice afectate;
- asigurarea unui cadru de securitate şi confort afectiv pentru menţinerea echilibrului psihic şi dezvoltarea armonioasă a personalităţii;

b) *pedagogică*:
- evidenţierea problemelor specifice în educarea, instruirea şi profesionalizarea persoanelor cu diferite tipuri de deficienţe;
- adaptarea obiectivelor, metodelor şi mijloacelor de învăţământ la cerinţele impuse de particularităţile dezvoltării psihofizice a persoanelor cu cerinţe educative speciale;

1. Asistenţa psihopedagogică şi socială a persoanelor cu cerinţe speciale (*persons with special needs*) constituie un ansamblu de măsuri de natură psihologică, pedagogică şi socială în vederea depistării, diagnosticării, recuperării, educării, instruirii, profesionalizării, adaptării şi integrării sociale a persoanelor care prezintă o serie de deficienţe de natură intelectuală, senzorială, fizică, psihică, tulburări de limbaj, carenţe comportamentale şi de relaţionare, precum şi a persoanelor aflate în situaţii de risc din cauza mediului în care trăiesc, a resurselor insuficiente de subzistenţă sau prezenţei unor boli cronice ori a unor fenomene degenerative care afectează integritatea lor biologică, fiziologică sau psihologică (vezi Gherguţ, Neamţu, 2000).

- adaptarea/modificarea conţinutului învăţământului în funcţie de nivelul evoluţiei şi dezvoltării biopsihice a subiecţilor incluşi în procesul instructiv-educativ;
- asigurarea unui cadru optim de pregătire, astfel încât fiecare subiect supus educaţiei şi instruirii să asimileze un minimum de cunoştinţe şi deprinderi practice necesare integrării sociale;

c) *socială*:
- inserţia bio-psiho-socio-culturală a persoanei în realitatea socială actuală sau în schimbare pe axele: profesională, familială, socială;
- acţiuni de prevenire şi combatere a manifestărilor de inadaptare socială;
- promovarea şi susţinerea unor politici coerente şi flexibile, precum şi organizarea unor servicii eficiente pentru protecţia şi asistenţa socială a persoanelor aflate în dificultate;
- informarea opiniei publice cu privire la responsabilitatea civică a membrilor comunităţii faţă de persoanele aflate în dificultate, precum şi posibilităţile de valorificare a potenţialului aptitudinal şi relaţional al acestor persoane în folosul comunităţii.

1.2. Finalităţile şi cadrul conceptual al asistenţei psihopedagogice şi sociale

Obiectivul central al acestui domeniu de cercetare-acţiune este axat pe intervenţia în scop terapeutic, recuperator şi instructiv-educativ asupra persoanelor cu diferite tipuri de deficienţe sau aflate în incapacitate de acţiune, pentru a favoriza la maximum (re)inserţia lor socioprofesională, considerându-se ca fiind o notă comună a acestor persoane riscul apariţiei unor stări de instabilitate, marginalizare, dezechilibru sau, în situaţii mai grave, chiar ruperea totală a raporturilor individ/societate. Altfel spus, obiectivul fundamental al serviciilor psihopedagogice şi sociale este centrat pe menţinerea, refacerea şi dezvoltarea capacităţilor individuale necesare pentru rezolvarea unor probleme sau situaţii dificile pe care persoana nu le poate soluţiona de una singură şi asigurarea unui suport pentru persoanele care nu au posibilitatea să îşi dezvolte propriile capacităţi şi competenţe necesare desfăşurării unor activităţi socialmente utile şi care să favorizeze integrarea lor socială.

Obiectivele specifice au în vedere următoarele direcţii:
- prezentarea analitică, descriptivă, comparativă şi etiologică a diferitelor categorii de persoane cu cerinţe speciale;
- elaborarea unor criterii de clasificare pe niveluri/grade/trepte a tulburărilor sau deficienţelor întâlnite la persoanele respective;
- prezentarea particularităţilor specifice activităţii persoanelor cu cerinţe speciale, consecinţă a modificărilor biopsihice şi/sau socioeducaţionale;
- prezentarea şi analiza sistemului de depistare-diagnoză-terapie-recuperare-educaţie/profesionalizare-adaptare-integrare pentru categoriile de persoane aflate în dificultate;
- stabilirea scopurilor, metodelor şi mijloacelor de activitate psihopedagogică şi socială cu persoanele care prezintă deficienţe sau care se află în situaţii dificile de existenţă;
- elaborarea unui program de profesionalizare în concordanţă cu cerinţele pieţei forţei de muncă şi încadrarea în unităţi productive sau ateliere protejate a persoanelor cu nevoi speciale/dizabilităţi;

- elaborarea strategiilor de integrare socială a persoanelor cu dizabilităţi sau aflate în dificultate, prin valorificarea tuturor resurselor existente la nivelul comunităţii ;
- monitorizarea evoluţiei şi a gradului de adaptare-integrare a persoanelor cu nevoi speciale în câmpul relaţiilor sociale ;
- elaborarea unor strategii de intervenţie pentru prevenirea şi/sau ameliorarea consecinţelor diferitelor tipuri de deficienţe sau a unor disfuncţii la nivel familial, comunitar şi social referitoare la persoanele aflate în dificultate ;
- îmbogăţirea corpusului de cunoştinţe cu noi informaţii rezultate în urma unui permanent proces de cercetare-acţiune şi modernizare a programelor de intervenţie existent în domeniul psihopedagogiei speciale şi asistenţei sociale.

Problematica persoanelor cu cerinţe speciale constituie un câmp semantic complex şi în evidentă schimbare[1]. În literatura psihopedagogică se întâlnesc frecvent mai mulţi termeni care, în funcţie de modul de abordare a problematicii persoanelor cu cerinţe speciale, pot clarifica o serie de delimitări semantice utile în înţelegerea corectă şi nuanţată a fenomenelor avute în vedere.

Aspectul medical – **deficienţa** – *se referă la deficitul stabilit prin metode şi mijloace clinice sau paraclinice, explorări funcţionale sau alte evaluări folosite de serviciile medicale, deficit care poate fi de natură senzorială, mintală, fizică, locomotorie, neuropsihică sau de limbaj.*

Prin deficienţă se înţelege pierderea, anomalia, perturbarea cu caracter definitiv sau temporar a unei structuri fiziologice, anatomice sau psihologice şi desemnează o stare de anormalitate funcţională, adesea cu semnificaţie patologică, stabilă sau de lungă durată, care afectează capacitatea şi calitatea procesului de adaptare şi integrare şcolară, profesională sau în comunitate a persoanei în cauză.

Termenul generic *deficienţă* include şi o serie de alţi termeni cu o semnificaţie şi o sferă semantică mai redusă, cum ar fi :
- *deficitul* – desemnează înţelesul cantitativ al deficienţei, adică ceea ce lipseşte pentru a completa o anumită cantitate sau întregul ;
- *defectuozitatea* – se referă la ceea ce determină un deficit ;
- *infirmitatea* – desemnează diminuarea notabilă sau absenţa uneia sau mai multor funcţiuni importante care necesită o protecţie permanentă, fiind incurabilă, dar care poate fi reeducată, compensată sau supracompensată. După unele date UNESCO, infirmitatea s-ar limita numai la deficienţa locomotorie ;
- *invaliditatea* – implică pierderea ori diminuarea temporară sau permanentă a capacităţii de muncă ;
- *perturbarea* – se referă la abaterile de la normă.

1. Se doreşte şi se recomandă cu insistenţă ca unii termeni, cum ar fi : *invalid*, *irecuperabil*, *needucabil*, *inapt/incapabil de muncă* să nu mai fie folosiţi în caracterizarea persoanelor cu dizabilităţi, deoarece aceşti termeni nu reprezintă realitatea şi aduc prejudicii demnităţii umane. Nu de puţine ori astfel de etichete se transformă în bariere majore care întăresc prejudecăţile oamenilor cu privire la persoanele cu dizabilităţi, accentuând astfel distanţa socială şi, uneori, chiar distanţa fizică dintre cei „normali" şi cei „diferiţi" (adică neputincioşi, marginali, inferiori, dependenţi etc.).

Aspectul funcţional – **incapacitatea** – *reprezintă o pierdere, o diminuare totală sau parţială a posibilităţilor fizice, locomotorii, mintale, senzoriale, neuropsihice etc., consecinţă a unei deficienţe care împiedică efectuarea normală a unor activităţi.*

Indiferent de forma de manifestare (fizică, senzorială, mintală etc.), incapacitatea conduce la modificări ale capacităţii de adaptare, la un anumit comportament adaptiv, la performanţe funcţionale care determină apariţia unor forme, mai mult sau mai puţin grave, cu efecte în dezvoltarea nivelului de autonomie personală, profesională sau socială. Altfel spus, incapacitatea reprezintă perturbarea sau limitarea capacităţii de îndeplinire normală a unei activităţi sau a unui comportament; această tulburare poate avea un caracter reversibil sau ireversibil, progresiv sau regresiv.

Incapacitatea poate fi evaluată, în funcţie de natura deficienţei care o determină, prin:

- probe care conduc la stabilirea coeficientului de inteligenţă, la evaluarea gradului de diminuare a acuităţii auditive, a coeficientului de vedere, a gradului de dezvoltare motorie etc.;
- investigaţii de natură medicală care întregesc informaţiile cu privire la gravitatea sau prognoza socioprofesională a incapacităţii respective;
- investigaţii sociologice care urmăresc consecinţele incapacităţii asupra relaţiilor şi vieţii sociale a persoanei deficiente.

Aspectul social rezumă consecinţele deficienţei şi ale incapacităţii, cu manifestări variabile în raport cu gravitatea deficienţei şi cu exigenţele mediului. Aceste consecinţe pe plan social sunt incluse în noţiunile de **handicap**[1], *respectiv de* **inadaptare**, *şi se pot manifesta sub diverse forme: inadaptare propriu-zisă, marginalizare, inegalitate, segregare, excludere.*

Handicapul pentru o persoană este considerat un dezavantaj social, rezultat dintr-o deficienţă sau incapacitate, care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol într-un context social, cultural, în funcţie de vârsta, sexul sau profesia persoanei respective. Altfel spus, handicapul este o particularitate a relaţiei dintre persoanele cu incapacitate şi mediul lor de viaţă, fiind evidenţiat atunci când aceste persoane întâlnesc bariere culturale, fizice sau sociale, împiedicându-le accesul la diferite activităţi sau servicii sociale care sunt disponibile, în condiţii normale, celorlalte persoane din jurul lor. Dificultăţile întâlnite de persoanele cu handicap sunt multiple şi complexe, ceea ce face dificilă sistematizarea lor.

O sistematizare aproximativă a condus la următoarea clasificare a grupelor de dificultăţi:

a) *dificultăţi de ordin general*:
   - dificultăţi de deplasare şi mişcare, pentru cei cu deficienţe fizice;
   - dificultăţi de exprimare şi comunicare, pentru cei cu deficienţe senzoriale;
   - dificultăţi de adaptare la modul de viaţă cotidian şi la rigorile vieţii sociale, pentru cei cu deficienţe mintale şi intelectuale;
   - dificultăţi de întreţinere pentru persoanele lipsite de resurse şi venituri sau care au venituri mici;

1. În limbajul curent (cel puţin în cultura românească, dar şi în alte culturi) acest termen are adeseori un sens peiorativ, fapt care, în ultimii ani, a determinat identificarea unor termeni sau sintagme noi care să înlocuiască termenul *handicap*; astfel, s-au impus termeni ca: *deficienţă*, *dizabilitate* sau sintagme ca: *persoană cu nevoi speciale*, *persoană cu dizabilitate* etc.

b) *dificultăţi de ordin profesional*:
- dificultăţi legate de instruirea şi pregătirea profesională a persoanelor cu diferite forme şi grade de deficienţă;
- dificultăţi de plasare în locuri de muncă adecvate profesiei sau absenţa unor locuri de muncă în condiţii protejate (ateliere protejate, secţii speciale de producţie pentru persoane cu handicap etc.).

c) *dificultăţi de ordin psihologic şi social*:
- bariere psihologice care apar între persoanele cu şi fără handicap ca urmare a dificultăţilor întâmpinate în activităţile cotidiene, profesionale sau sociale, precum şi din cauza unor prejudecăţi sau a unor reprezentări deformate cu privire la posibilităţile şi activitatea persoanelor cu deficienţe.

Concluzionând, putem spune că deficienţa poate determina o incapacitate care, la rândul ei, antrenează o stare de handicap ce face ca persoana deficientă să suporte cu dificultate exigenţele mediului în care trăieşte, mediu ce poate asimila, tolera sau respinge persoana cu o anumită deficienţă; de aici, o serie de urmări atât asupra echilibrului vieţii interne a persoanei respective, cât şi în planul relaţiilor cu cei din jur, fapt care poate determina includerea persoanei cu deficienţe într-un cerc vicios, afectând, uneori destul de puternic, procesul dezvoltării şi structurării armonioase şi echilibrate a personalităţii acesteia.

În literatura psihopedagogică recentă se întâlnesc frecvent o serie de alţi termeni care se referă la problematica persoanelor cu cerinţe speciale[1]:

1) *Dizabilitatea* este termen de bază utilizat în legislaţia şi practica românească obişnuită, alături de cel de *handicap*. În prezent ambii termeni sunt acoperiţi prin definiţii în texte din sfera legislaţiei şi au circulaţie în toate ariile relevante: protecţia copilului, educaţie şi sănătate. În literatura de specialitate, în diverse rapoarte şi studii, termenul *dizabilitate* a început să fie utilizat şi promovat ca substitut, de regulă, pentru termenul *handicap*, ce tinde să fie înlocuit în terminologia internaţională (vezi *Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap* din 1993 şi *Clasificarea Internaţională a Funcţionării, Dizabilităţii şi Sănătăţii*, adoptată de Adunarea Mondială a Sănătăţii în 2001). Dizabilitatea face parte din experienţa umană, fiind o dimensiune a umanităţii; ea este una dintre cele mai puternice provocări în ceea ce priveşte acceptarea diversităţii, deoarece limitele sale sunt foarte fluide, în categoria persoanelor cu dizabilităţi putând intra oricine, în orice moment, ca urmare a unor împrejurări nefericite, boli sau accidente.

2) *Cerinţe/nevoi educative speciale* – CES (*special educational needs*) – este o sintagmă, introdusă în terminologia UNESCO în anii '90, care se referă la cerinţele în plan educativ ale unor categorii de persoane[2], cerinţe consecutive unor disfuncţii sau

1. La finalul lucrării este prezentat un glosar care cuprinde un inventar de termeni specifici domeniului psihopedagogiei speciale, utilizaţi frecvent în literatura de specialitate din ultimii ani.
2. În populaţia şcolară, numărul elevilor cu cerinţe educative speciale oscilează între 10 şi 20%, deoarece include, pe lângă elevii cu dizabilităţi (care acoperă aproximativ 2-3% din populaţia şcolară în lume), şi o categorie largă de elevi care întâmpină dificultăţi în activităţile şcolare (forme şi niveluri variate de insucces şcolar).

deficienţe de natură intelectuală, senzorială, psihomotrice, fiziologică etc. sau ca urmare a unor condiţii psihoafective, socioeconomice sau de altă natură (cum ar fi absenţa mediului familial, condiţile de viaţă precare, anumite particularităţi ale personalităţii copilului etc.); aceste cerinţe plasează persoana/elevul într-o stare de dificultate în raport cu ceilalţi din jur, stare care nu-i permite o existenţă sau o valorificare în condiţii normale a potenţialului intelectual şi aptitudinal de care acesta dispune şi induce un sentiment de inferioritate ce accentuează condiţia sa de persoană cu cerinţe speciale. În consecinţă, activităţile educative şcolare şi/sau extraşcolare reclamă noi modalităţi de proiectare şi desfăşurare a lor în relaţie directă cu posibilităţile reale ale elevilor, astfel încât să poată veni în întâmpinarea cerinţelor pe care elevii respectivi le resimt în raport cu actul educaţional (acest proces presupune, pe lângă continuitate, sistematizare, coerenţă, rigoare şi accesibilizare a conţinuturilor, un anumit grad de înţelegere, conştientizare, participare, interiorizare şi evoluţie în planul cunoaşterii din partea elevilor). Altfel spus, cerinţele educative speciale solicită abordarea actului educaţional de pe poziţia capacităţii elevului deficient sau aflat în dificultate de a înţelege şi valorifica conţinutul învăţării, şi nu de pe poziţia profesorului sau educatorului care desfăşoară activitatea instructiv-educativă în condiţiile unei clase omogene sau pseudo-omogene de elevi. Evident că această sintagmă poate avea un înţeles anume pentru fiecare elev în parte, în sensul că fiecare elev este o individualitate şi, la un moment dat, într-un domeniu sau altul al învăţării, reclamă anumite cerinţe educaţionale specifice pentru a putea înţelege şi valorifica la maximum potenţialul său în domeniul respectiv (spre exemplu, un elev poate întâmpina dificultăţi de învăţare la matematică sau fizică, unde sunt necesare, în special, anumite categorii de operaţii ale gândirii la care elevul respectiv este deficitar; în schimb, la disciplinele din celelalte arii curriculare obţine rezultate bune, chiar peste media clasei; la fel, un elev coleric sau hiperkinetic nu-şi poate concentra atenţia prea mult timp în clasă, dar poate înţelege cu uşurinţă conţinutul lecţiilor în momentele sale de atenţie). Totuşi, sintagma *cerinţe educaţionale speciale* este utilizată mai ales în domeniul psihopedagogiei speciale, unde semnifică necesitatea unor abordări diferenţiate şi specializate ale educaţiei copiilor cu dizabilităţi/deficienţe mintale, intelectuale, ale celor cu afecţiuni neuropsihice, neurofiziologice, senzoriale, fizice, somatice etc.

3) *Normalizarea* este un termen care se referă, în principal, la asigurarea unor condiţii de viaţă corespunzătoare pentru persoanele cu cerinţe speciale, acceptarea acestora în cadrul societăţii sau comunităţii din care fac parte, fiindu-le asigurate aceleaşi drepturi, responsabilităţi şi posibilităţi de acces la serviciile comunitare (medicale, publice, educaţionale, profesionale, de timp liber etc.) ca şi celorlalţi membri ai societăţii, în scopul dezvoltării şi valorificării optime a potenţialului de care aceste persoane dispun. Altfel spus, normalizarea se referă la sprijinul oferit persoanelor cu cerinţe speciale de către componentele sistemului social pentru a permite acestora un mod de viaţă similar sau apropiat cu al celorlalţi membri ai societăţii; consecinţele practice ale normalizării sunt programele şi acţiunile bazate pe incluziune şi integrare. Conceptul a apărut în ţările nordice (Norvegia, Suedia, Danemarca) şi apoi s-a extins şi în alte state europene, care au preluat şi au adaptat sensul şi semnificaţia acestui termen la condiţiile specifice din societăţile respective, iar ulterior, prin deciziile şi acţiunile întreprinse în plan juridic, politic, socioeconomic, educaţional şi al serviciilor de asistenţă, au pus în aplicare înţelesul acestui termen.

Transpunerea în practică a normalizării se desfăşoară pe patru niveluri funcţionale :
- *normalizarea fizică* – se referă la posibilitatea persoanei cu cerinţe speciale de a avea acces la mijloacele fizice necesare satisfacerii nevoilor fundamentale, posibilitatea de a avea o locuinţă proprie, bunuri personale, îmbrăcăminte şi hrană, un minimum de posibilităţi financiare pentru unele cheltuieli absolut necesare, posibilitatea de a avea contacte sociale, de a se asocia cu alte persoane etc. ;
- *normalizarea funcţională* – constă în asigurarea accesului la serviciile publice ale societăţii : transport în comun, facilităţi de acces în şcoli, instituţii publice şi de cultură, spaţii comerciale, facilităţi de petrecere a timpului liber, accesul la informaţii/ medii de informare în masă etc. ;
- *normalizarea socială* – are în vedere posibilitatea persoanei de a avea contacte sociale spontane sau permanentizate şi de a fi percepută ca făcând parte dintr-un context social normal : relaţiile cu membrii familiei, vecinii, prietenii, colegii de muncă, oamenii de pe stradă, funcţionarii sau prestatorii de servicii publice etc. ;
- *normalizarea societală* – se referă la nivelul participării persoanelor cu cerinţe speciale în diferite organizaţii, asociaţii, sectoare ale vieţii publice sau la activităţi productive, având responsabilităţi şi beneficiind de încrederea celor din jur.

4) *Reabilitarea* se referă la un proces destinat să ofere persoanelor cu dizabilităţi posibilitatea să ajungă la niveluri funcţionale fizice, psihice şi sociale corespunzătoare, furnizându-le acestora instrumentele cu ajutorul cărora îşi pot schimba viaţa în direcţia obţinerii unui grad mai mare de independenţă. Există tendinţa de a utiliza în cuplu noţiunile de *abilitare* şi *reabilitare*, prima referindu-se la acele funcţii care nu mai pot fi recuperate prin intervenţii de specialitate ; în schimb, prin mecanismele de compensare se pot forma acele abilităţi sau capacităţi de bază necesare pentru integrarea socială şi profesională.

În anul 1994, Organizaţia Internaţională a Muncii (OIM), UNESCO şi Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) au elaborat un *Document de poziţie comună cu privire la reabilitarea bazată pe comunitate*[1] (RBC). Aceasta reprezintă o strategie din cadrul de dezvoltare generală a comunităţii pentru reabilitarea, îmbunătăţirea calităţii vieţii, egalizarea şanselor şi incluziunea socială a tuturor persoanelor cu dizabilităţi. Reabilitarea bazată pe comunitate se referă la toate categoriile de vârstă şi este implementată prin eforturile concertate ale persoanelor cu dizabilităţi, familiilor acestora şi comunităţilor de care aparţin, precum şi ale serviciilor de educaţie, medicale, sociale şi profesionale existente la nivelul comunităţii. Obiectivul principal al RBC constă în dezvoltarea şi valorificarea potenţialului persoanelor cu dizabilităţi prin intermediul serviciilor şi oportunităţilor create la nivelul comunităţii, în beneficiul tuturor membrilor acesteia.

5) *Incluziunea socială* se referă la schimbarea atitudinilor şi practicilor din partea indivizilor, instituţiilor şi organizaţiilor, astfel încât toate persoanele, inclusiv cele percepute ca fiind „diferite" din cauza unor deficienţe, a apartenenţei etnice, condiţiilor socioeconomice de viaţă etc., să poată contribui şi participa în mod egal la viaţa şi cultura comunităţii din care fac parte. Operaţional, acest termen poate fi înţeles şi astfel : *nondiscriminare + acţiune pozitivă = incluziune socială.*

---

1. Trebuie menţionat faptul că acest concept era cunoscut şi aplicat în unele ţări încă din anii '80.

6) *Şansele egale* pentru persoanele cu deficienţe reprezintă rezultatul acţiunii prin care diferite sisteme ale societăţii şi mediului, precum serviciile, activităţile, informarea şi documentarea, sunt puse la dispoziţia tuturor, în particular a persoanelor cu dizabilităţi. Sintagma de *egalizare a şanselor* (crearea de şanse egale) este procesul prin care diferitele sisteme sociale şi de mediu (infrastructură, servicii, activităţi informative, documentare) devin accesibile fiecăruia, şi în special persoanelor cu dizabilităţi.

7) *Serviciile de sprijin* se referă la acele servicii care asigură atât independenţă în viaţa de zi cu zi persoanei cu dizabilităţi, cât şi exercitarea drepturilor ei (dispozitive de asistare, servicii de interpretare, asistent personal, servicii de îngrijire comunitară etc.).

8) *Protecţia specială* cuprinde totalitatea acţiunilor întreprinse de societate în vederea diminuării sau chiar înlăturării consecinţelor pe care deficienţa cauzatoare de handicap (considerată factor de risc social) o are asupra nivelului de trai al persoanei cu dizabilităţi.

1.3. Experienţa internaţională[1]

Experienţa recentă a arătat existenţa la scară internaţională a unor preocupări sporite din partea organismelor şi a instanţelor de decizie în scopul asigurării de condiţii şi şanse egale în societate pentru persoanele cu cerinţe speciale aflate în diferite situaţii de handicap. Pentru a delimita un cadru general privind strategiile de acţiune în domeniul asistenţei şi sprijinirii persoanelor cu dizabilităţi, Organizaţia Naţiunilor Unite a elaborat şi promovat în anul 1993 un set de reguli[2] care să asigure acestor persoane aceleaşi drepturi şi obligaţii ca persoanelor normale. Persoanele cu dizabilităţi şi organizaţiile acestora, precum şi alte organizaţii sau foruri ale societăţii civile, împreună cu instanţele guvernamentale ale fiecărui stat, au datoria de a acţiona şi de a face front comun pentru înlăturarea barierelor existente în calea exercitării drepturilor şi libertăţilor persoanelor cu dizabilităţi şi pentru instaurarea unui climat de colaborare şi parteneriat favorabil mobilizării tuturor resurselor în scopul sporirii gradului de informare a membrilor societăţii în legătură cu nevoile, potenţialul şi contribuţia persoanelor aflate în dificultate la viaţa comunităţii din care fac parte.

1. Pe plan internaţional, politica privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu dizabilităţi a fost reglementată de o serie de documente cu caracter juridic: Carta Socială Europeană – revizuită (art. 15 – partea a doua); Regulile Standard ONU privind Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Dizabilităţi, 1993; Rezoluţia Consiliului Europei şi a Reprezentanţilor Guvernelor Ţărilor Membre în cadrul Consiliului privind Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Dizabilităţi (97/C 12/01) din 1996; Recomandarea Consiliului Europei nr. R. (92) asupra unei politici coerente pentru Egalizarea Şanselor pentru Persoanele cu Dizabilităţi (1992); Convenţia Organizaţiei Internaţionale a Muncii nr. 159 pentru Instruirea şi Angajarea Persoanelor cu Dizabilităţi (1983); Programul mondial de acţiune privind persoanele cu handicap, adoptat de Adunarea Generală ONU prin rezoluţia nr. 37/52 din 3 decembrie 1982.
2. În Anexa 1 sunt prezentate *Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap* adoptate de Adunarea Generală a ONU la data de 20 decembrie 1993.

Exemplu

Legea incapacităţii în SUA : o privire generală

Problemele persoanelor cu dizabilităţi sunt în mare măsură reglementate încă din anul 1990, de către *Disabilities Act* (ADA) – *Legea incapacităţii*. Acest act normativ interzice discriminarea persoanelor cu infirmităţi în activităţi ca : angajarea în serviciu, alocarea spaţiilor de locuit, educaţie şi acces la serviciile publice. ADA defineşte o incapacitate ca fiind una dintre următoarele situaţii :

- o diminuare (deteriorare) fizică sau mintală care limitează în mod considerabil una sau mai multe dintre activităţile majore de viaţă ale individului ;
- o consemnare a unei astfel de deteriorări ;
- o persoană considerată că are o astfel de deteriorare.

O dată cu vârsta creşte considerabil şi posibilitatea dobândirii unei incapacităţi (spre exemplu, doar 10% dintre persoanele până la 21 de ani au un grad de incapacitate, comparativ cu 36% pentru cele cu vârste între 55 şi 64 de ani şi 72% pentru persoanele peste 80 de ani).

În SUA există şi alte legi compatibile cu legea incapacităţii care interzic discriminarea persoanelor cu dizabilităţi. Dintre cele mai semnificative enumerăm :

- *Fair Housing* – prevede că este ilegal să se facă discriminare sub orice formă în ceea ce priveşte vânzarea, închirierea sau refuzul de a găzdui o persoană din cauza incapacităţii/dizabilităţii acesteia ;
- *Rehabilitation Act* – interzice discriminarea pe baza incapacităţii la angajarea în programe conduse de agenţii federale, în programe care primesc asistenţă financiară federală, în administraţia federală şi în practicile de angajare ale contractanţilor federali ;
- *Air Career Access Act* – interzice ca în serviciile aeriene să se facă discriminarea indivizilor care au incapacităţi fizice sau mintale ;
- *Individuals with Disabilities Education Act* – solicită ca şcolile publice să faciliteze o educaţie fără taxe, adaptată pentru copiii cu incapacităţi, în condiţii cât mai nerestrictive, în conformitate cu cerinţele lor educaţionale.

La nivel european, începând cu anul 1992, au fost elaborate şi promovate, prin intermediul Consiliului Europei, o serie de recomandări referitoare la promovarea în cadrul statelor membre a unor politici şi strategii coerente pentru persoanele aflate în dificultate sau în situaţii de handicap. Astfel, având în vedere că în întreaga lume există peste jumătate de miliard de persoane cu diferite forme şi grade de handicap (determinate de deficienţe fizice, mintale, senzoriale, consecutive unor afecţiuni cronice etc.) şi considerând că neglijarea protecţiei drepturilor cetăţenilor cu dizabilităţi are drept consecinţă reducerea şanselor lor în viaţa socială şi în comunităţile în care trăiesc (aceasta constituind o ofensă adusă demnităţii umane), s-a ajuns la concluzia că readaptarea persoanelor cu dizabilităţi, prin integrarea lor economică şi socială, constituie o datorie a comunităţilor locale şi trebuie să reprezinte un obiectiv prioritar al tuturor politicilor sociale. În acest mod se poate garanta respectarea demnităţii umane şi sunt diminuate dificultăţile pe care societatea le întâmpină în cazul persoanelor cu dizabilităţi.

La Congresul European cu privire la persoanele cu dizabilităţi, desfăşurat la Madrid în perioada 20-23 martie 2002, s-a adoptat un cadru conceptual de acţiune la nivel continental, naţional, regional şi local, cu ocazia Anului European 2003 al persoanelor cu handicap, cadru destinat în principal ameliorării calităţii vieţii şi serviciilor destinate acestor categorii de persoane.

Noua viziune propusă de participanţii la acest congres a fost sintetizată în următoarele puncte :

- renunţarea la ideea de persoane cu dizabilităţi ca „obiecte ale milei" şi acceptarea ideii de persoane cu dizabilităţi care beneficiază de drepturi şi obligaţii în societate ;
- renunţarea la ideea de persoane cu dizabilităţi ca pacienţi şi acceptarea ideii de persoane cu dizabilităţi în calitate de cetăţeni independenţi şi socialmente utili ;
- renunţarea la ideea de profesionişti care iau decizii în locul persoanelor cu dizabilităţi şi acceptarea ideii de încurajare şi susţinere a independenţei acestor persoane în luarea deciziilor şi asumarea de responsabilităţi în viaţa personală şi comunitară ;
- renunţarea la ideea de concentrare pe deficienţe individuale şi acceptarea ideii de eliminare a barierelor, de revizuire a normelor sociale, politicilor, culturilor şi promovarea unui mediu accesibil şi de sprijin pentru persoanele cu dizabilităţi ;
- renunţarea la ideea conceperii unor procese economice şi sociale destinate câtorva persoane şi acceptarea ideii de dezvoltare a unei comunităţi socioeconomice flexibile, accesibile pentru toţi ;
- renunţarea la ideea unei segregări inutile în educaţie, pe piaţa locurilor de muncă şi în alte sfere sociale şi acceptarea ideii integrării persoanelor cu dizabilităţi în şcoală şi societate ;
- renunţarea la ideea de politici referitoare la dizabilităţi ca problemă de care se ocupă numai anumite ministere speciale şi acceptarea ideii de politică referitoare la dizabilităţi ca responsabilitate generală a guvernului şi autorităţilor publice şi civile.

Conform acestei noi viziuni, se stimulează promovarea ideii de societate incluzivă pentru toţi ; ceea ce se face pentru a îmbunătăţi condiţiile de viaţă ale persoanelor cu dizabilităţi conduce către conturarea unei societăţi flexibile, deschise şi incluzive. În acest scop a fost elaborat şi propus un program structurat pe următoarele direcţii prioritare de acţiune :

- *măsuri legislative* – adoptarea unui pachet legislativ antidiscriminare pentru a elimina toate barierele existente şi pentru a preveni apariţia altor bariere cu care se pot confrunta persoanele cu dizabilităţi (bariere educaţionale, de ocupare a unui loc de muncă, de acces la bunuri şi servicii sau care să împiedice persoanele cu dizabilităţi să-şi valorifice potenţialul maxim de participare socială şi independentă) ;
- *schimbarea de atitudine* – implicarea în activităţi educative pentru înţelegerea cerinţelor şi drepturilor persoanelor cu dizabilităţi şi participarea lor activă şi a organizaţiilor acestora în efortul de înlăturare a prejudecăţilor şi tendinţelor de stigmatizare la nivelul opiniei publice ;
- *servicii care să promoveze o existenţă independentă* – resursele trebuie orientate astfel încât să determine dezvoltarea de servicii care să răspundă nevoilor persoanelor cu dizabilităţi şi să determine creşterea capacităţii de participare a acestora din perspectiva integrării lor profesionale şi sociale ;

- *sprijin pentru familie* – implicarea resurselor de la nivelul familiei persoanei cu dizabilităţi (în special a copiilor cu dizabilităţi şi a acelor persoane care sunt total dependente şi lipsite de autonomie) în asigurarea sprijinului şi în susţinerea incluziunii sociale ;
- *caracterul public al dizabilităţii* – persoanelor cu dizabilităţi trebuie să li se asigure accesul la serviciile publice de educaţie, medicale, vocaţionale şi sociale şi să li se ofere toate şansele în vederea incluziunii lor sociale ; această direcţie de acţiune implică schimbări în practicile curente şi asigurarea accesibilităţilor la toate instituţiile şi serviciile publice ;
- *accesul la un loc de muncă, factor-cheie al incluziunii sociale* – trebuie depuse eforturi consistente pentru a promova accesul persoanelor cu dizabilităţi la locurile de muncă, preferabil în sectorul public al pieţei forţei de muncă ; aceasta reprezintă una dintre cele mai importante modalităţi de a lupta împotriva excluderii sociale a persoanelor cu dizabilităţi şi de a promova o existenţă independentă şi demnă ;
- *mass media* – trebuie să creeze programe de informare a opiniei publice şi să consolideze parteneriatele cu organizaţiile persoanelor cu dizabilităţi pentru a îmbunătăţi imaginea lor şi pentru a sensibiliza membrii comunităţii asupra diversităţii umane ;
- *sistemul de învăţământ* – instituţiile şcolare trebuie să participe şi să sprijine înţelegerea şi acceptarea drepturilor persoanelor cu dizabilităţi, ajutând la eliminarea temerilor, miturilor şi a concepţiilor greşite privind calitatea umană a acestor persoane ; de asemenea, sistemul de învăţământ trebuie să deţină un rol-cheie pentru asigurarea dezvoltării individuale şi a incluziunii sociale, care să permită copiilor şi tinerilor cu dizabilităţi să atingă cel mai înalt grad posibil de autonomie şi independenţă.

Orice acţiune trebuie dezvoltată promovând cooperarea, parteneriatul şi participarea între structurile administrative guvernamentale şi organizaţiile neguvernamentale. Indiferent de nivelul la care se iau deciziile, trebuie create şi consolidate acele mecanisme permanente de consultare şi dialog, care să permită persoanelor cu dizabilităţi, prin organizaţiile reprezentative, să contribuie la planificarea, implementarea, monitorizarea şi evaluarea tuturor acţiunilor. Pentru a facilita acest proces, trebuie mărită capacitatea organizaţiilor persoanelor cu dizabilităţi, printr-o alocare de resurse mai substanţială, care să le permită acestora să-şi îmbunătăţească potenţialul de organizare, conducere şi reprezentare.

1.4. Experienţa din România[1]

Pentru ţara noastră, în timpul regimului comunist, instituţionalizarea copiilor a reprezentat principala modalitate de protecţie a copilului. În urma politicilor pronataliste

1. Asistenţa şi protecţia specială a copiilor/persoanelor cu diferite tipuri de deficienţe/handicap au fost asigurate de mai multe organisme guvernamentale : Secretariatul de Stat pentru Persoanele cu Handicap (SSPH), devenit în 2003 Autoritatea Naţională pentru Persoanele cu Handicap (ANPH), Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului (ANPDC), Ministerul Sănătăţii şi Familiei (MSF), Ministerul Muncii şi Solidarităţii Sociale (MMSS), Ministerul Educaţiei şi Cercetării (MEC). Această stare de fapt a permis apariţia a numeroase confuzii şi tensiuni în sistem, cu o risipă a resurselor şi dezorientarea beneficiarilor (persoanele cu dizabilităţi şi aparţinătorii acestora) ; ulterior, în aceste structuri, ca şi în domeniul legislativ, au intervenit unele modificări de organizare administrativă sau de revizuire a pachetului de acte normative, specifice unor perioade de tranziţie.

forţate, a lipsei serviciilor de planificare familială, a urbanizării forţate şi a nivelului de trai scăzut, multe familii au avut copii pe care ori nu i-au dorit, ori nu i-au putut îngriji, fapt care a determinat apariţia unor deficienţe sau a unor condiţii improprii de creştere şi educare a copiilor. Multiple tipuri de probleme sociale, cum ar fi violenţa în familie, familile dezorganizate, alcoolismul şi delincvenţa, identificate ca fiind cauza principală a instituţionalizării copiilor în cel puţin 60% dintre cazuri, au fost agravate de scăderea nivelului de trai, însoţită de lipsa oricărui sistem de asistenţă psihologică, pedagogică şi socială la nivel comunitar a familiilor sau copiilor aflaţi în dificultate sau a altor servicii de prevenire şi combatere a acestor fenomene. Una dintre cele mai vulnerabile categorii de copii instituţionalizaţi au fost copiii cu deficienţe severe care erau internaţi în fostele cămine-spital.

Începând cu anii '90 s-au făcut multe eforturi la nivel central şi local pentru a dezvolta servicii comunitare alternative instituţionalizării. Astfel, au fost dezvoltate forme şi tipuri moderne de servicii sociale pentru familiile cu copii în situaţii de risc, mai ales de către organizaţiile neguvernamentale şi autorităţile locale, cu asistenţă financiară şi tehnică din partea unor organisme şi instituţii internaţionale (UNICEF, USAID, Uniunea Europeană, programe de asistenţă ale unor guverne vest-europene etc.). Experienţa acumulată în urma implementării acestor programe şi proiecte a fost integrată în noul cadru legislativ promovat de structurile guvernamentale, al cărui obiectiv major s-a centrat pe reforma întregului sistem de protecţie a copilului[1].

Principalele forme de ocrotire a copilului aflat în dificultate recunoscute juridic în ţara noastră sunt:

• *Plasamentul familial* – constă în încredinţarea unui copil către o persoană sau o familie (alta decât familia biologică), cu sau fără consimţământul părinţilor naturali ai acestuia. Familia de primire îşi asumă responsabilităţile pentru creşterea şi educarea acestuia şi poate face parte din familia de origine lărgită sau din comunitatea căreia îi aparţine copilul. Copilul primit în plasament nu devine, din punct de vedere juridic, membru al familiei de primire, acesta continuând să aparţină familiei de origine. Plasamentul familial este un demers specific pentru care este nevoie de:
- cadru juridic şi reglementări administrative precise;
- practicieni cu o anumită formare profesională;
- mijloace de control;
- statut clar şi solid pentru familiile de primire.

Plasamentul familial a avut o evoluţie diferită în ţările dezvoltate, diferenţele între ţările din Uniunea Europeană fiind foarte mari. Astfel, la nivelul anului 2000, din totalul de copii aflaţi în afara familiei, în Irlanda 73% sunt în plasament familial, restul fiind în plasament instituţional; în Franţa procentul este de 57%, iar în Spania de 12%; în Anglia raportul între plasamentul instituţional şi cel familial este de 40/60, în Olanda şi

1. Începând cu anul 1997 au existat mai multe încercări de stabilire a unui cadru legislativ coerent, necesar reformării întregului sistem de protecţie a copilului (vezi Anexa 2). Unele modificări legislative au fost şi rezultatul unor presiuni internaţionale, mai ales în privinţa adopţiilor şi a descentralizării serviciilor de protecţie a copilului (dezinstituţionalizarea, responsabilizarea consiliilor locale, plasamentul familial, antrenarea ONG-urilor în preluarea responsabilităţilor statului faţă de copiii aflaţi în dificultate sau în instituţii etc.).

Danemarca fiind de 50/50. Deşi practica internaţională actuală este eterogenă, se pot face câteva aprecieri globale privind avantajele şi dificultăţile plasamentului familial. Avantajul major al plasamentului constă în posibilitatea de a oferi copilului un mediu familial provizoriu, când acesta nu poate trăi în familia naturală şi nici nu poate beneficia de o familie adoptivă. Problema esenţială a plasamentului constă în coexistenţa a două familii responsabile de soarta aceluiaşi copil. Această situaţie trebuie să fie pe deplin acceptată de familia care primeşte copilul şi să facă obiectul unei monitorizări permanente de către personalul specializat.

• *Instituţiile rezidenţiale pentru ocrotirea copilului* – formează, în prezent, sistemul public, la care se adaugă şi alte forme susţinute de organizaţii neguvernamentale. Instituţiile private de ocrotire a copilului formează o categorie distinctă în sistemul românesc; înfiinţate, în principal, de diferite ONG-uri, sunt în mod esenţial diferite de instituţiile publice, fiind create din start după standarde moderne, corespunzătoare practicilor actuale în domeniu pe plan internaţional. Asigurarea legalităţii înfiinţării şi funcţionării acestor instituţii s-a bazat pe încheierea unor contracte de asociere cu autorităţile judeţene sau locale ori pe contracte similare, încheiate direct cu structuri ale guvernului.

Aproape fiecare dintre instituţiile de ocrotire gestionate de ONG-uri poate constitui un model pentru ceea ce înseamnă ocrotire de tip familial, instituţie deschisă spre comunitate, abordare integrală a dezvoltării individuale a fiecărui copil ocrotit. Filosofia care stă la baza majorităţii acestor instituţii este aceea că ele constituie centre de tranzit al copilului spre o familie. Cu toate acestea, monopolul impus de instituţiile publice de ocrotire nu a putut fi desfiinţat, sistemul public de ocrotire rezidenţială demonstrând o mare rezistenţă la schimbări structurale.

În mod tradiţional, instituţiile publice pentru ocrotirea rezidenţială a copilului au fost organizate pe criteriul vârstei; copilul între 0 şi 3 ani era ocrotit în leagăn, iar cel între 3 şi 18 ani în casa de copii (preşcolari şi şcolari). Întrucât copilul aflat în cele două tipuri de instituţii avea aceleaşi categorii de nevoi, începând din anul 1995 separarea pe criteriul vârstei a fost considerată artificială şi s-a trecut la sistemul rezidenţial de tip familial cu grupe eterogene de copii (grupe de 8-12 copii, de sex şi vârste diferite). În majoritatea situaţiilor, numărul mare de copii ocrotiţi în fiecare instituţie publică face dificilă realizarea pe scară largă a programelor de intervenţie individualizate. Sistemul actual, în care un singur organism (consiliul judeţean) gestionează resursele, permite oferirea de servicii diversificate, adaptate nevoii fiecărei categorii de beneficiari, şi permite intervenţia profesioniştilor în prevenirea riscurilor şi identificarea unor soluţii eficace şi eficiente pentru dezvoltarea şi evoluţia normală a copilului. Chiar şi aşa, mai sunt încă multe de făcut pentru schimbarea radicală a calităţii serviciilor, principalele obstacole şi cele mai rezistente fiind birocraţia excesivă şi mentalitatea angajaţilor sistemului public în ceea ce priveşte atitudinea şi conduita în relaţiile directe cu copiii aflaţi în dificultate. Cazul copiilor abandonaţi de familie şi instituţionalizarea mascată în diferite categorii de instituţii sanitare (maternităţi, secţii de recuperare neuropsihică, sanatorii, preventorii, cămine-spital, spitale/secţii pentru copii HIV pozitiv sau bolnavi de SIDA) au generat situaţii critice, mai ales atunci când identitatea lor era necunoscută.

• *Adopţia* – este unul dintre mijloacele eficiente de protecţie a drepturilor copilului, în perspectiva asigurării unei familii pentru fiecare copil. Spre deosebire de familia de

plasament, familia care adoptă un copil devine familia copilului. Statutul copilului adoptat îi conferă acestuia nu numai siguranţă, dar mai ales stabilitate şi continuitate de viaţă şi dezvoltare în noua familie. În consecinţă, adopţia nu reprezintă o modalitate de protecţie temporară, alternativă ocrotirii rezidenţiale, ci, mai mult decât atât, înseamnă asigurarea unei familii permanente pentru copilul adoptat.

*
* *

În articolul 3 din Convenţia cu privire la drepturile copilului, ratificată de România prin Legea nr. 18/1990, se subliniază că „în toate deciziile care privesc copiii, întreprinse de instituţiile publice sau private de asistenţă socială, instanţele judecătoreşti, autorităţile administrative sau de organele legislative, interesele copilului vor prevala". Statul se obligă să asigure copilului servicii de protecţie şi îngrijire corespunzătoare, să vegheze ca instituţiile şi serviciile responsabile de protecţia şi îngrijirea copiilor să respecte standardele stabilite de autorităţile competente, în special cele referitoare la securitate şi sănătate, la numărul şi calificarea personalului din instituţii, precum şi la asigurarea unei supravegheri competente. Tot în Convenţia cu privire la drepturile copilului se accentuează fără echivoc legătura fundamentală şi indisolubilă dintre copil şi familia acestuia. De asemenea, este unanim acceptat faptul că plasamentul familial şi adopţia servesc interesului superior al copilului şi constituie măsuri speciale de protecţie cu un caracter stabil şi/sau permanent, în măsură să ofere copiilor acel mediu familial atât de necesar unei creşteri şi dezvoltări armonioase a personalităţii lor.

În ţara noastră, serviciile psihopedagogice şi sociale de la nivelul unei comunităţi sunt orientate spre:

- evitarea abandonului şi încurajarea reintegrării în familie a copiilor din instituţii;
- asistarea şi supravegherea, în interesul copilului, a adopţiei, încredinţării, plasamentului copiilor abandonaţi sau preluaţi temporar ori definitiv din familiile naturale;
- respectarea drepturilor copiilor, protecţia lor şi oferirea de oportunităţi de dezvoltare; prevenirea neglijării, abuzului, violenţei îndreptate împotriva copilului;
- asistenţa socială a persoanelor cu dizabilităţi;
- prevenirea bolilor şi îngrijirea socială în familie a persoanelor bolnave, contribuind la promovarea unui stil sănătos de viaţă;
- consiliere maritală şi parentală, care contribuie la activitatea de planificare familială şi la informarea viitorilor părinţi asupra eventualelor riscuri privind apariţia unor copii cu dizabilităţi sau alte afecţiuni;
- servicii sociomedicale pentru femeile însărcinate şi mamele cu copii mici;
- evitarea abandonului şcolar prin asistarea familiei şi şcolii;
- prevenirea unor comportamente sociale distructive ca: alcoolismul, consumul de droguri, violenţa, delincvenţa, criminalitatea etc.;
- furnizarea de echipamente şi materiale pentru persoane cu dizabilităţi (proteze ortopedice, cadre de mers, fotolii rulante etc.);
- servicii de consiliere telefonică (*hot-line*) etc.

În principiu, serviciile psihopedagogice şi sociale comunitare sunt destinate tuturor celor care au nevoie de ele, dar, în mod special, aceste servicii se adresează unor categorii reprezentative de beneficiari:

- persoane cu dizabilităţi mintale, fizice, auditive şi vizuale care au nevoie de sprijin în desfăşurarea activităţilor zilnice ;
- persoane vârstnice a căror sănătate se degradează treptat ;
- persoane care suferă de afecţiuni psihice ;
- persoane cu dificultăţi de învăţare ;
- persoane care abuzează de consumul de droguri şi alcool ;
- persoane infectate cu virusul HIV (seropozitive) sau bolnave de SIDA ;
- persoane care au în îngrijire alte persoane aflate în situaţiile descrise mai sus ;
- persoane care nu au surse de subzistenţă, şomeri sau persoane aflate în situaţii de risc etc.

Elementele fundamentale care orientează şi susţin activităţile din domeniul serviciilor sociale sunt :
- *respectarea demnităţii umane* – fiecărei persoane îi este garantată dezvoltarea liberă şi deplină a personalităţii ;
- *universalitatea* – fiecare persoană are dreptul la asistenţă psihopedagogică şi socială, în condiţiile prevăzute de lege ;
- *solidaritatea socială* – comunitatea participă la sprijinirea persoanelor care nu îşi pot asigura nevoile sociale, pentru menţinerea şi întărirea coeziunii sociale ;
- *parteneriatul* – instituţiile publice şi organizaţiile societăţii civile cooperează în vederea organizării şi dezvoltării serviciilor sociale ;
- *subsidiaritatea* – statul intervine atunci când iniţiativa locală nu a satisfăcut sau a satisfăcut insuficient nevoile persoanelor aflate în dificultate şi care au nevoie de servicii din domeniul social.

Practica serviciilor psihopedagogice şi sociale destinate copiilor şi persoanelor cu cerinţe speciale este organizată pe baza unor principii specifice :

a) *centrarea pe familie şi comunitate*, având ca obiectiv întărirea şi dezvoltarea mediilor naturale de viaţă ale persoanelor (familia şi comunitatea) ; din această perspectivă, finalitatea serviciilor de asistenţă psihopedagogică şi socială constă în recuperarea şi dezvoltarea capacităţilor individuale de funcţionare şi o mai bună integrare socială a individului în viaţa comunităţii ;
b) *abordarea globală*, pornind de la premisa că problemele unei persoane, familii sau comunităţi se intercondiţionează şi nu se pot trata separat ; intervenţia serviciilor psihopedagogice şi sociale se va concentra pe o înţelegere globală a tuturor problemelor existente, le va lua în calcul pe toate la nivelul serviciului social generalizat şi apoi, acolo unde este nevoie, intervenţia va fi completată de servicii de asistenţă psihopedagogică şi socială de tip specializat ;
c) *organizarea comunitară* se referă la eficientizarea serviciilor sociale prin organizarea lor la nivel local (prin preluarea lor de către autorităţile publice locale) sau la nivel zonal, iar, acolo unde nu se poate, prin realizarea unui parteneriat între mai multe comunităţi (de exemplu, un oraş şi comunele înconjurătoare) ;
d) *complementaritatea*, realizată între sistemul public şi sistemul neguvernamental : sistemul public garantează acoperirea drepturilor de asistenţă socială prevăzute de lege prin organizarea de servicii publice de asistenţă psihopedagogică şi socială, dar şi prin finanţarea sau susţinerea acţiunilor neguvernamentale ; anumite servicii sociale care nu pot fi acoperite de către serviciile publice pot fi comandate organizaţiilor

private profit sau nonprofit şi astfel, atât sistemul de servicii de asistenţă publică, cât şi sistemul neguvernamental trebuie să se înscrie într-o politică socială unitară, coerentă, de sprijinire eficientă a celor aflaţi în dificultate;

e) *activitatea/lucrul în echipă*, bazată pe acţiunea comună a mai multor specialişti din domenii diferite care pot da răspuns problemelor complexe ale beneficiarilor; resursele activităţii eficiente în echipă sunt: suportul reciproc profesional şi uman, consultarea, luarea împreună a deciziilor cu privire la abordarea fiecărui caz etc.;

f) *diversificarea activităţilor pe măsura creşterii resurselor şi apariţiei unor noi tipuri de probleme sociale* – noul sistem de servicii sociale reprezintă un cadru instituţional structurat în care activităţile se diversifică pe măsura apariţiei de noi resurse sau de noi probleme. Astfel, se va înlocui treptat actualul sistem, caracterizat printr-o fragmentare instituţională excesivă, în care, pentru noi activităţi, tind să apară noi instituţii paralele, cu un sistem unitar de servicii specializate (diversificarea nu va conduce neapărat la apariţia unor instituţii noi, ci, mai degrabă, la diversificarea ofertei de servicii la nivelul instituţiilor deja existente);

g) orice serviciu de asistenţă psihopedagogică şi socială *răspunde unei nevoi individuale sau de grup* şi asigură, printr-un suport specializat, soluţionarea acesteia;

h) dezvoltarea oricărui serviciu de asistenţă psihopedagogică şi socială trebuie *să pornească de la o analiză concretă a gradului de solicitare din partea comunităţii şi a efectelor în comunitate* (consecutive aplicării acelor servicii).

Orice organizaţie care oferă servicii psihopedagogice şi sociale este inclusă într-un mediu specific, care influenţează şi condiţionează procesul managerial. Într-o perspectivă generală, acest mediu este axat pe câteva coordonate centrale (Rainey, 1997):

- *condiţii tehnologice*: nivelul de cunoştinţe şi capacităţi ştiinţifice, comunicaţii, facilităţi de transport, echipamente etc.;
- *condiţii juridice*: legi, norme, valori, reglementări caracteristice privind funcţionarea instituţiilor de specialitate etc.;
- *condiţii politice*: caracteristici ale proceselor politice, ale instituţiilor politice, gradul de stabilitate politică, tipurile de politici sociale etc.;
- *condiţii economice*: nivelul de trai al populaţiei, inflaţia, fiscalitatea, gradul de ocupare al forţei de muncă etc.;
- *condiţii demografice*: caracteristici ale populaţiei precum vârsta, sexul, rasa, religia, etnia, natalitatea etc.;
- *condiţii ecologice*: caracteristici ale mediului, incluzând clima, caracteristicile geografice, gradul de poluare, resursele naturale etc.;
- *condiţii culturale*: valori predominante, atitudini, convingeri, cutume, procese de socializare privitoare la elemente precum structura familiei, practici politice, practici religioase etc.

Toate aceste condiţii au o influenţă mare asupra organizaţiilor; spre exemplu, dezvoltările tehnologice pot da naştere unor noi servicii publice, care vor fi nevoite să ţină pasul cu evoluţia informaticii şi mijloacelor moderne de comunicare; evoluţiile demografice pot avea un impact deosebit, în special în ceea ce priveşte tipul şi numărul beneficiarilor; nivelul economic influenţează posibilităţile de acces ale beneficiarilor la anumite tipuri de servicii şi creşterea calităţii acestora. Altfel spus, nici o organizaţie sau

serviciu care se adresează persoanelor în dificultate nu poate neglija contextul în care îşi desfăşoară activitatea, fără riscul de a-şi diminua dramatic gradul de realizare a obiectivelor.

În ianuarie 1997 a fost creat un Departament pentru Protecţia Copilului (DPC) în cadrul structurilor executive guvernamentale, ca urmare a reorganizării Comitetului Naţional pentru Protecţia Copilului.

Strategia propusă de DPC s-a axat pe următoarele priorităţi:
- schimbări în cadrul legislativ şi normativ care guvernează protecţia drepturilor copiilor;
- transferul responsabilităţii administrative şi financiare de la nivelul structurilor centrale către nivelul local (judeţean);
- dezvoltarea şi consolidarea capacităţilor instituţiilor de la nivel local pentru a le da posibilitatea să furnizeze servicii eficiente;
- promovarea de alternative la sistemul rezidenţial de îngrijire, cum ar fi: suport familial, asistenţă maternală, centre de tip familial, centre maternale, centre de zi etc.;
- creşterea rolului societăţii civile în domeniul protecţiei copilului prin implicarea comunităţii locale şi a ONG-urilor;
- dezvoltarea de programe pe termen scurt şi lung privind protecţia copilului şi a familiei.

În baza *Ordonanţei de Urgenţă a Guvernului nr. 12/2001* a fost constituită Autoritatea Naţională pentru Protecţia Copilului şi Adopţie (ANPCA)[1], organul de specialitate al guvernului pentru asigurarea coordonării metodologice a protecţiei copilului, acesta fiind responsabil de elaborarea, coordonarea şi monitorizarea politicii în domeniu. ANPCA a dezvoltat programe de cooperare cu instituţiile administraţiei publice centrale, serviciile specializate ale administraţiei publice locale, organizaţiile neguvernamentale româneşti şi străine care acţionează în domeniul protecţiei copilului prin programe umanitare şi profesionale, precum şi cu instituţii, organisme şi organizaţii europene şi internaţionale.

Scopul intervenţiei ANPCA în implementarea politicii şi strategiilor din domeniul protecţiei copilului s-a focalizat pe promovarea, respectarea şi garantarea tuturor drepturilor copilului, aşa cum sunt ele menţionate şi în Convenţia cu privire la drepturile copilului, ratificată prin Legea nr. 18/1990, în contextul ansamblului drepturilor şi libertăţilor fundamentale ale omului, şi, în acelaşi timp, pe asigurarea pentru copii a statutului de parteneri în procesul decizional care priveşte ameliorarea condiţiilor lor de viaţă. În vederea atingerii acestui scop, un pas important l-a constituit operaţionalizarea drepturilor şi libertăţilor prevăzute de actele normative internaţionale ratificate de România, în cadrul unui act normativ intern, complet şi complex, care să cuprindă: măsurile prin care să se asigure exercitarea efectivă şi realizarea deplină a drepturilor şi libertăţilor copilului, precum şi promovarea acestor drepturi şi libertăţi, identificarea actorilor publici şi a organizaţiilor neguvernamentale cu responsabilităţi în elaborarea şi aplicarea măsurilor menţionate anterior şi, nu în ultimul rând, crearea sistemului de monitorizare/evaluare a modului de aplicare a măsurilor menţionate şi, respectiv, a

1. Autoritatea Naţională pentru Protecţia Copilului şi Adopţie (ANPCA) a luat locul Departamentului pentru Protecţia Copilului (DPC). Din 1 ianuarie 2005, după apariţia unei noi legislaţii referitoare la adopţie, prin Legea nr. 275/2004 din 21/06/2004 pentru modificarea Ordonanţei de Urgenţă a Guvernului nr. 12/2001 privind înfiinţarea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Copilului şi Adopţie, se revine la denumirea de Autoritate Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului (ANPDC).

activităţii actorilor, într-o manieră care să permită o continuă ameliorare a efectelor acestora în sistemul de protecţie a copilului din ţara noastră[1].

Direcţiile generale ale procesului de reformă a sistemului de protecţie a copilului aflat în dificultate sau în situaţii de risc au fost centrate pe :

- prevenirea şi reducerea abandonului copiilor de către propriii părinţi, prin sprijinirea familiilor aflate în situaţii dificile ;
- restructurarea serviciilor şi instituţiilor de tip rezidenţial existente, inclusiv a serviciilor pentru copiii cu dizabilităţi ; reorientarea utilizării resurselor financiare, materiale, umane şi tehnice ale acestora către organizarea şi diversificarea de servicii alternative la protecţia rezidenţială şi reducerea numărului copiilor instituţionalizaţi ;
- îmbunătăţirea, completarea şi armonizarea cadrului legislativ necesar în vederea organizării şi funcţionării sistemului de protecţie a copilului, atât pentru perfecţionarea şi clarificarea acestuia, cât şi pentru alinierea la standardele prevăzute de normele şi tratatele internaţionale în domeniu ;
- în acest context, priorităţile sunt : reconsiderarea legislaţiei referitoare la adopţie, clarificarea prevederilor legale în domeniul neglijării, molestării sau abuzului asupra copilului în propria familie, legislaţia referitoare la delincvenţa şi justiţia juvenilă, analizarea posibilităţii înfiinţării unor tribunale pentru minori / ale copiilor, reconsiderarea legislaţiei referitoare la exploatarea sexuală şi exploatarea muncii copilului ;
- promovarea adopţiei după principiul „o familie pentru un copil", şi nu „un copil pentru o familie", ca măsură specială de protecţie a copilului, cu un accent deosebit pe încurajarea adopţiei naţionale ;
- continuarea procesului de descentralizare a sistemului, de la nivelul judeţelor spre cel al localităţilor, prin dezvoltarea şi diversificarea serviciilor de prevenire a abandonului copiilor şi de protecţie a acestora şi prin responsabilizarea comunităţii cu privire la problemele propriilor copii ;
- îmbunătăţirea mecanismelor financiare : asigurarea resurselor financiare, creşterea eficienţei utilizării bugetelor alocate, creşterea eficacităţii rezultatelor obţinute la nivelul beneficiarului final al sistemului – copilul protejat ;
- ameliorarea sistemului de standarde minimale obligatorii, respectiv de norme profesionale şi administrativ-instituţionale, pe tipuri de servicii şi intervenţii oferite de sistemul de protecţie a copilului ;
- crearea unui sistem de acreditare la nivel naţional a organizaţiilor neguvernamentale care desfăşoară activităţi în domeniul protecţiei copilului ; sistemul urmează să cuprindă şi un organism central cu competenţe în domeniul acreditării şi monitorizării activităţii organizaţiilor neguvernamentale, în conformitate cu sistemul de standarde minime obligatorii ;
- dezvoltarea şi profesionalizarea resurselor umane care intervin în sistemul de protecţie a copilului, prin definirea şi promovarea statutului profesional, precum şi prin

1. În anul 2001 statul român a elaborat *Strategia guvernamentală în domeniul protecţiei copilului aflat în dificultate* (2001-2004). Cadrul general al acestei strategii a avut la bază câteva principii fundamentale : *principiul interesului superior al copilului*, *principiul nediscriminării şi egalităţii şanselor*, *principiul asigurării unui mediu familial*, *principiul descentralizării şi responsabilităţii comunităţii*, *principiul solidarităţii*, *principiul intervenţiei intersectoriale şi interdisciplinare*, *principiul parteneriatului* ; aceste principii au guvernat majoritatea programelor şi actelor normative elaborate şi aplicate până în prezent în ţara noastră.

asigurarea formării iniţiale şi continue a personalului din sistem, de către toate categoriile şi la toate nivelurile;
- crearea şi dezvoltarea unui sistem naţional de monitorizare şi evaluare a situaţiei copilului aflat în dificultate sau în situaţie de risc, precum şi a serviciilor şi instituţiilor de îngrijire şi protecţie a copilului, inclusiv a resurselor financiare disponibile sau alocate la/de la nivel central şi local[1]; un astfel de sistem de monitorizare/evaluare permite anticiparea eventualelor crize bugetare ale sistemului de protecţie a copilului.

Pentru exemplificare prezentăm o listă cu câteva tipuri de servicii din domeniul psihopedagogic şi social, oferite de sistemul public sau de către instituţiile aparţinând organizaţiilor neguvernamentale, care să ilustreze câmpul de intervenţie şi forma de organizare a unor astfel de activităţi din sfera socială:
- *centre de plasament de tip familial* – unităţi rezidenţiale considerate alternative comunitare de îngrijire a copilului aflat în dificultate, pe termen scurt/mediu, până la identificarea unei familii de plasament sau până la reintegrarea familială, atunci când aceasta devine posibilă;
- *instituţii/centre şcolare specializate pentru copii cu diferite forme de deficienţă* (spre exemplu, şcoli pentru copii cu deficienţe mintale, deficienţe senzoriale, deficienţe multiple etc.);
- *centre de primire a copilului* – oferă adăpost pe termen scurt (zile, săptămâni) pentru copiii aflaţi în situaţii de urgenţă (inclusiv pentru copiii străzii), asigură o evaluare iniţială a situaţiei copilului şi demarează procedurile de asigurare, în continuare, a serviciilor de protecţie;
- *centre maternale* – oferă adăpost temporar pentru tinerele mame necăsătorite şi pentru copiii lor, pentru a preveni abandonul, prin dezvoltarea ataşamentului faţă de copii şi pentru a le sprijini prin activităţi de consiliere, asistenţă (inclusiv asistenţă juridică) şi educaţie parentală;
- *servicii de asistenţă şi sprijin pentru tinerii de peste 18 ani care îşi continuă studiile* – oferă consiliere şi sprijin tinerilor adulţi care părăsesc serviciile de protecţie a copilului şi necesită asistenţă pentru a-şi continua studiile, a se califica într-o meserie şi pentru a-şi găsi un loc de muncă;
- *centre de consiliere şi sprijin pentru părinţi* – oferă consiliere şi sprijin (inclusiv material) familiilor aflate în situaţie de risc pentru a rămâne împreună şi, în acest mod, pentru prevenirea abandonului şi a instituţionalizării copiilor;
- *servicii de consiliere pentru toate categoriile de elevi* – în şcoli sau în centrele de asistenţă psihopedagogică;
- *servicii de terapie logopedică* – în centrele logopedice interşcolare sau în cabinetele logopedice şcolare;
- *servicii mobile de consiliere a femeii gravide şi de planificare familială* – create pentru a îmbunătăţi accesul la astfel de servicii, mai ales în zonele rurale/izolate, cu

1. Începând cu anul 2004, în cadrul fiecărui Consiliu Judeţean a luat fiinţă Serviciul de Asistenţă Socială (ulterior a suferit mai multe modificări în denumire şi organizare); acest serviciu a preluat responsabilităţile instituţiilor de la nivel de judeţ care s-au ocupat cu administrarea programelor şi serviciilor destinate copiilor din instituţii sau aflaţi în dificultate, bătrânilor instituţionalizaţi, persoanelor cu handicap etc., permiţând o coordonare mai eficientă a programelor de intervenţie şi o mai bună gestionare a resurselor existente pe plan local.

scopul identificării mamelor în situaţii de risc, al prevenirii naşterilor nedorite, a abandonului nou-născutului şi a deficienţelor la naştere ;
- *centre de pregătire şi sprijinire a integrării şi reintegrării copilului în familie* – sunt destinate pentru pregătirea reintegrării copilului în familia naturală sau lărgită şi pentru promovarea alternativelor de tip familial atunci când reintegrarea nu este posibilă (servicii de adopţie şi servicii de plasament în familii substitutive) ;
- *centre de zi pentru îngrijirea, educarea şi recuperarea copiilor cu nevoi speciale* – oferă servicii de îngrijire, terapie, recuperare, reabilitare, pe timpul zilei, pentru diferite categorii de copii care fie prezintă diverse tipuri de deficienţe, fie provin din medii sociale defavorizate, din familii aflate în situaţii de risc etc., în vederea educării şi recuperării lor sau în scopul prevenirii unor fenomene care ar afecta dezvoltarea şi evoluţia lor normală ; consilierea familiilor pentru a-şi ajuta mai bine copiii şi, în special, pentru a înţelege mai bine nevoile speciale ale copiilor lor ; *serviciile de îngrijire temporară* sunt, de asemenea, legate de centrele de zi ;
- *centre de plasament pentru copilul cu deficienţe severe* – sunt centre de tip familial, care oferă îngrijire de tip rezidenţial pe anumite perioade de timp, pentru copiii care provin din familii unde accesul la servicii de recuperare sau servicii terapeutice este foarte dificil şi pentru copiii cu nevoi speciale abandonaţi ; serviciile terapeutice specializate sunt asigurate în unităţi specializate din cadrul comunităţii ;
- *centre de asistenţă şi sprijin pentru readaptarea psihologică a copilului cu probleme psihosociale* – au funcţia unui centru de plasament temporar, precum şi de centru de evaluare/terapie, în care o echipă multidisciplinară (medic, psiholog, psihopedagog, asistent social) acordă asistenţă specializată copiilor şi familiilor lor ;
- *servicii de orientare, supraveghere şi sprijinire a reintegrării sociale a copilului delincvent* – asigură monitorizarea copilului care a săvârşit acte împotriva legii până la clarificarea situaţiei lui şi supravegherea atentă a copiilor delincvenţi menţinuţi în familie ;
- *centre de reeducare pentru copilul delincvent* – sunt destinate minorilor delincvenţi pentru care comisia a luat decizia unei măsuri privative de libertate ; aceste centre vor asigura, de asemenea, formarea/educaţia, profesionalizarea şi consilierea copiilor şi tinerilor delincvenţi pentru a facilita reintegrarea lor socială ;
- *centre rezidenţiale pentru persoane în vârstă* – se adresează persoanelor vârstnice care au un risc ridicat din punct de vedere social, din cauza problemelor de sănătate, lipsei de resurse materiale şi, mai ales, din cauza lipsei de suport social ;
- *servicii de îngrijire la domiciliu sau în regim rezidenţial a persoanelor vârstnice* (spitale pentru bolnavi cronic, adăposturi pentru pensionari, centre pentru seniori etc.) ;
- *servicii sociale de tip adăpost pentru noapte* – se adresează persoanelor fără adăpost, bolnave, părăsite de familie, persoanelor cu dizabilităţi etc., având scopul de a îmbunătăţi calitatea vieţii celor cu risc social şi scăderea numărului de persoane fără adăpost ;
- *programe de instruire a personalului din cadrul serviciilor sociale* ;
- *programe de dezvoltare pentru serviciul de îngrijire la domiciliu* ;
- *centre de sprijin pentru persoanele infestate cu HIV sau SIDA* ;
- *cămine pentru protejarea persoanelor cu probleme psihice/mintale* ;
- *adăposturi de protecţie pentru persoanele cu dizabilităţi* – se adresează persoanelor cu dizabilităţi, fără familie, fără locuinţă sau care nu sunt capabile să-şi administreze singure locuinţele ;
- *ateliere de lucru protejate pentru persoane cu dizabilităţi* ;

- *centre de consiliere, informare, asistenţă psihologică şi socială pentru prevenirea situaţiilor de risc social*;
- *centre de voluntariat* – asigură informarea, recrutarea, selecţia, pregătirea şi antrenarea membrilor comunităţii în activităţi de voluntariat din domeniul social;
- *centre de zi / centre sociale / centre de resocializare* – constituie un complex de servicii, fără cazare pe timpul nopţii, în conformitate cu programul unităţii, oferite acelor beneficiari (pensionari, persoane cu dizabilităţi psihice sau fizice etc., aflate în situaţie de risc social sau aflate în stare de excludere socială) care se deplasează sau sunt deplasaţi la sediul centrului.

În acord cu noile măsuri instituite pe plan mondial privind protecţia şi educaţia persoanelor cu dizabilităţi şi în conformitate cu prevederile Constituţiei şi ale Legii învăţământului, ţara noastră a intrat într-o etapă de transformări radicale a sistemului de educaţie, în spiritul egalizării şanselor, pentru copiii, tinerii şi adulţii cu deficienţe sau incapacităţi (vezi Anexa 2, care prezintă o evoluţie a legislaţiei româneşti în domeniu din ultimii ani). Din perspectiva noilor reglementări adoptate de statul român, copiii cu cerinţe educative speciale pot fi integraţi fie în unităţi distincte de educaţie specială, fie în grupe şi clase speciale din unităţi preşcolare şi şcolare obişnuite, fie, în mod individual, în unităţi de învăţământ obişnuite[1].

Analizând organizarea şi funcţionarea programelor de asistenţă şi educaţie adresate elevilor cu cerinţe speciale, se pot desprinde următoarele observaţii:

a) pe timpul şcolarizării, copiii cu cerinţe educative speciale au acces la toate sursele de reabilitare/recuperare psihopedagogică, medicală şi socială, la serviciile de asistenţă necesare şi disponibile în comunitate sau în unităţile specializate, inclusiv în cele de învăţământ special;
b) evaluarea, expertizarea, orientarea şi reorientarea şcolară şi profesională a copiilor cu cerinţe educative speciale, precum şi stabilirea tipului şi gradului de handicap revin unor comisii interdisciplinare de expertiză alcătuite din specialişti cu pregătire diversă (medici, psihologi, psihopedagogi, asistenţi sociali, educatori etc.);
c) principiile evaluării, expertizării, orientării şi reorientării şcolare şi profesionale a copiilor cu cerinţe educative speciale vor avea în vedere:
   - examinarea globală şi individualizată a fiecărui copil în parte cu privire la întregul său potenţial de dezvoltare şi învăţare;
   - expertiza şi evaluarea complexă care include examinarea medicală, psihologică, pedagogică şi socială a copilului;
   - flexibilitatea şi reversibilitatea deciziei de expertiză şi orientare, cu deosebire între vârsta de 3 şi 12 ani;
d) principalele categorii de copii sau elevi cu cerinţe educative speciale (tipuri de deficienţe şi/sau dificultăţi de învăţare) care intră în competenţa comisiilor interdisciplinare de expertiză/evaluare sunt:
   - copii/elevi cu deficienţe mintale;

1. În anul 2000 a fost lansat la nivel naţional programul de generalizare a acţiunilor de modernizare a învăţământului special denumit *Integrarea şi reabilitarea în/prin comunitate a copiilor cu deficienţe*; acest program a venit cu două perspective de noutate care-l diferenţiază de alte programe lansate în sistemul nostru de învăţământ: *un alt fel de elev* şi *un alt mod de organizare a acţiunii de învăţare, reabilitare, compensare, integrare, socializare şi recuperare*.

- copii/elevi cu deficienţe senzoriale (vizuale şi auditive) ;
- copii/elevi cu deficienţe fizice ;
- copii/elevi cu deficienţe sau tulburări de limbaj ;
- copii/elevi cu dificultăţi sau tulburări de învăţare ;
- copii/elevi cu deficienţe sau tulburări socioafective şi de comportament (inclusiv copii cu autism) ;
- copii/elevi cu deficienţe asociate ;
- copii şi tineri cu deficienţe, nedeplasabili, în vârstă de până la 30 de ani, care nu se pot integra în structurile învăţământului obişnuit.

În mod tradiţional, învăţământul special era înţeles ca acea componentă a sistemului public unde se desfăşura educaţia şcolară a copiilor cu deficienţe, prin intermediul unor instituţii şcolare speciale, separate de celelalte unităţi şcolare din învăţământul românesc ; din această perspectivă a apărut tendinţa – obiectivă şi necesară – de a se înlocui expresia *învăţământ special* cu aceea de *educaţie specială*, după cum este posibil să înlocuim şi sintagma *copil/elev deficient* cu aceea de *copil/elev cu dificultăţi de dezvoltare/învăţare* sau *elev cu cerinţe educative speciale*.

Conceptul de *educaţie specială* poate fi definit în cel puţin două sensuri :

- în sensul restrâns, care, în parte, se suprapune peste conceptul de *învăţământ special*, organizat în instituţii speciale, respectiv un mod de educaţie specializată pentru persoanele/copiii cu diferite tipuri de deficienţe ;
- în sens larg, care se extinde la o mai mare categorie de elevi, respectiv cei cu dificultăţi de învăţare şi/sau dezvoltare, sens ce are în vedere un anumit tip de educaţie adaptată şi destinată persoanelor care nu reuşesc în mod independent (fără ajutor) să atingă un nivel de educaţie corespunzător vârstei şi cerinţelor comunităţii unde îşi desfăşoară existenţa ; astfel, dacă iniţial era doar responsabilitatea şcolii speciale, educaţia specială devine în ultimul timp şi un atribut al şcolii obişnuite, prin conştientizarea faptului că fiecărui copil/elev i se poate întâmpla să aibă, într-o anumită perioadă a şcolarităţii, mai mult sau mai puţin tranzitorie, anumite dificultăţi de învăţare (din acest punct de vedere, în înţelesul sintagmei *copii cu cerinţe educaţionale speciale* pot fi incluşi toţi copiii care întâmpină dificultăţi de învăţare şi/sau de dezvoltare, cuprinşi în sistemul de învăţământ).

Evoluţia conceptului de *educaţie specială* a căpătat valenţe noi în documentele Conferinţei UNESCO asupra educaţiei pentru persoane cu cerinţe speciale, desfăşurată la Salamanca în iunie 1994, prin care a fost asigurat un nou cadru conceptual, dar mai ales de acţiune, în vederea atingerii obiectivului de *educaţie pentru toţi*, concretizat în sintagma *educaţie/şcoală incluzivă*. Această nouă formulă evidenţiază recunoaşterea universală a necesităţii reformării şcolii obişnuite/publice, a sistemului de învăţământ în general. Educaţia/şcoala incluzivă implică ideea de reformă a şcolii şi a societăţii în ansamblu, cu scopul de a răspunde deziderantului *o societate pentru toţi*, comprehensivă şi integratoare prin însăşi natura ei, care să răspundă mai bine nevoilor, potenţialului şi aspiraţiilor tuturor copiilor, inclusiv ale celor cu cerinţe educative speciale. S-a ajuns la concluzia că satisfacerea cerinţelor educaţionale şi profesionale ale celor mai mulţi copii nu se poate realiza în centre şi şcoli speciale, care pot genera uneori şi apariţia unui sindrom discriminatoriu, segregaţionist. Se face simţită nevoia ca şcoala publică să

cuprindă o mai mare diversitate de elevi decât în prezent şi să permită incluziunea/integrarea în sistemul de învăţământ general a cât mai multor copii cu cerinţe educaţionale speciale.

Pentru realizarea obiectivului fundamental al educaţiei speciale – integrarea/incluziunea copiilor deficienţi în şcolile obişnuite, urmând ca şcoala publică să devină şcoală incluzivă – s-a elaborat un program naţional de extindere şi diversificare a acţiunilor începute în anul 1998, cuprinse în *Strategia privind acordarea de şanse egale tuturor copiilor*, prin îmbogăţirea şi diversificarea formelor, conţinuturilor şi instrumentelor de realizare, având în vedere trei direcţii fundamentale:

a) acordarea de şanse egale în educaţie, în şcolile obişnuite, tuturor copiilor de vârstă şcolară, indiferent de posibilităţile lor de învăţare, de participare sau de dezvoltare;
b) pregătirea şcolilor obişnuite, începând cu managerul şcolii şi terminând cu părinţii copiilor, în vederea acceptării copiilor/elevilor cu dizabilităţi în clasele şcolilor obişnuite, ajungând astfel ca şcoala să devină într-adevăr o şcoală incluzivă;
c) crearea condiţiilor optime de dezvoltare fizică, intelectuală, psihică, atitudinală şi comportamentală a copiilor deficienţi în comunitate prin:
   - asistenţă psihopedagogică de specialitate în şcolile obişnuite;
   - asistenţă de specialitate în familie;
   - servicii sociale specializate acordate copilului, dar mai ales familiei, din partea autorităţilor legale.

Această strategie a avut în vedere garantarea şi asigurarea în viitor a unei participări totale şi active în viaţa comunităţii a tinerilor şi adulţilor (actuali elevi) cu dizabilităţi, asistarea/ monitorizarea continuă a acestora pentru a-şi dezvolta un grad cât mai mare de autonomie şi independenţă, în acord cu propriile dorinţe, aspiraţii şi capacităţi de realizare, precum şi evitarea şi eliminarea oricăror forme de discriminare a persoanelor cu dizabilităţi. Strategia a fost fundamentată pe următoarele principii:

- şcolile trebuie să includă în procesul de învăţământ toţi copiii, indiferent de calităţile fizice, intelectuale, lingvistice sau de altă natură;
- educaţia specială încorporează principiile unei pedagogii sănătoase de pe urma căreia toţi copiii vor avea de câştigat; această pedagogie acceptă ideea că diferenţele dintre oameni sunt majore şi că învăţământul trebuie adaptat la cerinţele copilului, şi nu copilul trebuie să se adapteze la cerinţe prefabricate;
- integrarea copiilor şi tinerilor cu deficienţe / cerinţe speciale în domeniul educaţiei se obţine eficient prin participarea la procesul de învăţământ în cadrul şcolilor obişnuite care deservesc toţi membrii societăţii; în acest context, cei care au nevoi de educaţie specială pot realiza un progres educaţional deplin şi se pot bucura de avantajele integrării sociale;
- în şcoala obişnuită toţi copiii trebuie să înveţe împreună; şcoala obişnuită (incluzivă) trebuie să recunoască şi să reacţioneze la diversele cerinţe ale elevilor, armonizând atât diferitele stiluri de a învăţa, cât şi diferitele grade de reuşită şcolară, şi asigurând o educaţie de calitate pentru toţi prin: programe de învăţământ adecvate, organizare eficientă, strategii didactice coerente, folosirea optimă a resurselor, parteneriat cu celelalte instituţii ale comunităţii;
- în şcoala obişnuită, copilul cu dizabilităţi trebuie să primească întregul sprijin suplimentar de care are nevoie pentru o performanţă a lui, după posibilităţile lui; repartizarea copiilor în învăţământul special pe timp nelimitat constituie excepţii,

procedându-se astfel numai în acele cazuri în care s-a demonstrat că instruirea şi educarea în clasele obişnuite nu pot veni în întâmpinarea necesităţilor educaţionale sau sociale ale copilului ori atunci când e necesară pentru binele copilului sau al celorlalţi ;
- şcolile speciale pot servi ca : resursă valoroasă pentru dezvoltarea şcolilor incluzive, centre de instruire şi resurse de personal pentru şcolile incluzive, centre ce pot oferi instrucţie şi educaţie unui număr mai mic de copii deficienţi care nu pot fi incluşi în învăţământul obişnuit, furnizor de sprijin de specialitate şcolilor obişnuite în soluţionarea problemelor educaţiei speciale ;
- principiul drepturilor egale presupune că necesităţile fiecărui individ şi ale tuturor sunt de importanţă egală ; persoanele cu dizabilităţi sunt membre ale societăţii şi au dreptul de a rămâne în interiorul comunităţilor în care trăiesc şi de a primi sprijinul de care au nevoie în cadrul structurilor de educaţie, sănătate, angajare în muncă şi acces la serviciile sociale.

Se poate afirma că, o dată început, procesul de integrare/incluziune va continua până când finalitatea urmărită va fi atinsă, iar aceasta depinde în mod necesar de eforturile unite ale tuturor factorilor interesaţi (autorităţi administrative naţionale sau locale cu competenţe în domeniu, organizaţii neguvernamentale interesate, părinţi, copii, societatea civilă în general).

Prin Ordinul MEN nr. 4323/13.08.1998 a fost aprobat *Planul-cadru pentru învăţământul special*, care racordează acest tip de activitate educaţională la reforma învăţământului românesc. De asemenea, prin Ordinul MEN nr. 4229/18.02.1999 a fost aprobată utilizarea programelor de *Terapii specifice* pentru toţi elevii deficienţi, indiferent de şcoala pe care o frecventează. Programele şcolare pentru învăţământul special au fost revizuite şi descongestionate, după criteriile şi conţinuturile existente în şcoala obişnuită. Pentru elevii cu dizabilităţi s-a propus utilizarea mai multor tipuri de curriculum în funcţie de tipul de deficienţă, demonstrându-se că aceştia se pot adapta în proporţii diferite la cerinţele unei şcoli obişnuite şi că acţiunea de integrare trebuie continuată şi extinsă :

- curriculum naţional pentru învăţământul public ;
- curriculum naţional pentru învăţământul public, parţial adaptat ;
- curriculum naţional pentru învăţământul public, adaptat ;
- curriculum naţional pentru învăţământul special ;
- curriculum pentru elevii cu deficienţe grave, profunde sau asociate.

Elevii cu dizabilităţi care parcurg curriculumul şcolii obişnuite vor fi sprijiniţi prin asistenţă psihopedagogică şi de specialitate, prin terapii de recuperare şi compensare, orientare şcolară şi profesională, acordate de profesorul de sprijin/itinerant, de specialişti din centrul de resurse şi de cadrele didactice din şcoala incluzivă. La aceste acţiuni mai adăugăm şi aplicarea unui curriculum adaptat pentru alternativele educaţionale.

Alternativele educaţionale reprezintă un segment de sprijin al învăţământului românesc, dar şi pentru învăţământul special. Spre exemplu, centrele de zi, centrele de educaţie, centrele de recuperare, centrele de pedagogie curativă sunt instituţii care nu fac instrucţie sau educaţie în sensul real al cuvântului, aşa cum se face într-o şcoală (fie ea specială). Aceste centre au drept scop fundamental :

- recuperarea în plan medical, fizic, social şi afectiv a copiilor deficienţi ;
- recuperarea în plan comportamental ;

- activităţi de kinetoterapie şi cultură fizică medicală;
- elemente de terapie ocupaţională şi socializare etc.

Toate acestea sunt elemente necesare pentru intenţia comunităţii de a păstra copilul cu deficienţe în mijlocul ei şi a încerca să-l pregătească în şcoala obişnuită. În cadrul acestui program naţional s-a stabilit că fiecare judeţ trebuie să dispună la nivelul anului 2003 de cel puţin două tipuri de alternative educaţionale care să colaboreze eficient cu şcoala specială şi cu cea obişnuită, urmând ca în perioada următoare oferta să fie extinsă şi cât mai diversificată.

Având în vedere că pregătirea comunităţii locale este esenţială pentru reuşita acţiunii de integrare a copiilor/elevilor deficienţi în şcoala obişnuită şi de menţinere a lor în familie, specialiştii şi-au centrat atenţia pe următoarele obiective:

a) realizarea parteneriatului între instituţiile centrale pentru acţiunea de informare şi educare a comunităţii în vederea integrării;
b) pregătirea concretă a comunităţii în vederea acceptării acţiunii de integrare a persoanelor cu deficienţe;
c) elaborarea de programe diferenţiate de informare şi educare a comunităţii în vederea schimbării mentalităţii şi înlăturării barierelor sociale:
   - informarea şi educarea părinţilor persoanelor cu deficienţe;
   - informarea şi educarea familiei naturale şi adoptive;
   - informarea şi educarea părinţilor elevilor din şcoala obişnuită;
   - informarea şi educarea reprezentanţilor autorităţii locale;
d) atragerea Bisericii în acţiunea de informare şi educare a comunităţii;
e) elaborarea de programe de educare şi pregătire a persoanelor cu dizabilităţi în vederea atenuării disfuncţionalităţilor tranziţiei de la instituţionalizare la dezinstituţionalizare;
f) programe de educare prin mass media, la nivel naţional şi local;
g) atragerea unor voluntari în acţiunea de informare şi educare a comunităţii.

Un alt moment important în acţiunea de transformare a practicilor educaţionale pentru copiii/elevii cu cerinţe speciale l-a constituit apariţia Ordinului nr. 4653/8.10.2001 prin care erau aprobate:

- planul-cadru de învăţământ, clasele I-VIII, pentru elevii deficienţi, integraţi individual sau în grup în şcoala de masă;
- programa şcolară adaptată pentru elevii deficienţi integraţi în clasele I-IV;
- programele şcolare pentru elevii deficienţi integraţi în clasele V-VIII – adaptate de profesorii de specialitate în colaborare cu profesorii itineranţi şi de sprijin.

Pasul următor l-a constituit elaborarea *Metodologiei de organizare şi funcţionare a serviciilor educaţionale pentru copiii/elevii deficienţi, integraţi în şcoala publică, prin cadre didactice itinerante şi de sprijin*[1].

În anii care au urmat, aceste documente au suferit o serie de modificări în scopul ameliorării şi eficientizării intervenţiei educaţionale pentru copiii cu cerinţe speciale,

1. Acest document a suferit în timp mai multe adaptări şi adăugiri, din cauza numeroaselor probleme apărute în practica de zi cu zi din şcoală, ca o consecinţă a lipsei de flexibilitate atât a sistemului de învăţământ, cât şi a caracteristicilor şi limitelor impuse de curricula şcolară.

încercând să răspundă cât mai bine unor principii de bază care au orientat elaborarea acestor documente şi promovarea ideii de educaţie/şcoală incluzivă în sistemul românesc de învăţământ.

Principiile de bază ale educaţiei incluzive şi integrării copiilor cu deficienţe în şcolile obişnuite pot fi sintetizate în felul următor:

- toţi copiii trebuie să înveţe împreună, indiferent de dificultăţile pe care le întâmpină şi de diferenţele dintre ei;
- acordarea întregului sprijin suplimentar copiilor cu cerinţe speciale care au nevoie de educaţie corespunzătoare în şcoala publică;
- dezvoltarea şcolilor incluzive în zonele urbane şi rurale, articularea unei legislaţii clare în favoarea integrării, repartizarea resurselor financiare necesare;
- *accesul la educaţie în mod egal pentru toţi copiii* – de la ajutor minim în clasa obişnuită până la programe suplimentare de sprijin şi asistenţă psihopedagogică (profesori specialişti, în afara şcolii).

Prin activităţile de incluziune şi de integrare au fost urmărite:

a) eliminarea stigmatizării, etichetării, discriminării şi segregării ulterioare a elevilor cu deficienţe;
b) eliminarea standardizării şi uniformizării dezvoltării copilului/elevului cu cerinţe speciale;
c) percepţia pozitivă a copilului cu dizabilităţi de către elevii normali;
d) perfecţionarea cadrelor didactice din şcoala obişnuită în domeniul educaţiei speciale;
e) schimbări semnificative la nivelul şcolilor obişnuite:
   - schimbarea atitudinii faţă de elevul deficient;
   - perfecţionarea profesională şi metodică;
   - modificarea practicii predării la clasă;
   - schimbarea mentalităţii şi a modului de relaţionare cu elevul.

Tot în interesul persoanelor cu dizabilităţi, prin Ordonanţa nr. 14/30 din ianuarie 2003, a fost înfiinţată Autoritatea Naţională pentru Persoanele cu Handicap (ANPH)[1], organ de specialitate al administraţiei publice centrale, cu personalitate juridică, aflat în subordinea Ministerului Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei; aceasta coordonează la nivel central activităţile de protecţie specială şi promovare a drepturilor persoanelor cu dizabilităţi, elaborează politicile, strategiile şi standardele în domeniul promovării drepturilor persoanelor cu dizabilităţi, asigură urmărirea aplicării reglementărilor din domeniul propriu şi controlul activităţilor de protecţie specială a persoanelor cu dizabilităţi.

Funcţiile ANPH sunt:

- de strategie – asigură fundamentarea, elaborarea şi aplicarea strategiei naţionale în domeniu şi a programelor de reformă a serviciilor de protecţie specială a persoanelor cu dizabilităţi, respectând legislaţia şi documentele internaţionale ratificate de ţara noastră;
- de reglementare – asigură elaborarea cadrului normativ necesar în vederea realizării obiectivelor *Strategiei naţionale privind protecţia specială şi integrarea socială a*

1. În urma acestei decizii Autoritatea Naţională pentru Persoane cu Handicap (ANPH) a preluat atribuţiile şi competenţele Secretariatul de Stat pentru Persoane cu Handicap (SSH).

persoanelor cu handicap şi armonizării legislaţiei interne cu principiile şi normele tratatelor internaţionale la care România este parte ;
- de administrare – asigură gestionarea bunurilor din domeniul public şi privat al statului, pe care le are în folosinţă sau administrare ;
- de autoritate de stat – exercită controlul asupra modului în care sunt respectate şi promovate, de către instituţiile publice şi celelalte persoane juridice, drepturile persoanelor cu dizabilităţi, în conformitate cu legislaţia în vigoare ;
- de reprezentare – asigură, în domeniul său de activitate, reprezentarea pe plan intern şi extern a statului român.

În subordinea ANPH funcţionează opt inspecţii regionale şi Institutul Naţional pentru Prevenirea şi Combaterea Excluziunii Sociale a Persoanelor cu Handicap. Inspecţiile regionale îndeplinesc următoarele atribuţii principale : controlează modul de respectare a reglementărilor legale în vigoare din domeniul protecţiei speciale a persoanelor cu dizabilităţi, monitorizează modul de aplicare a politicilor de protecţie specială a persoanelor cu dizabilităţi, verifică realizarea accesibilităţilor de către autorităţile sau instituţiile care au această obligaţie.

În cadrul *Strategiei naţionale pentru persoanele cu handicap din România* iniţiate de ANPH a fost elaborat, pentru prima oară, un *Plan naţional de acţiune pentru perioada 2003-2006* prin care au fost propuse modalităţi de reformare a sistemului de protecţie a persoanelor cu dizabilităţi, cu accent pe evaluarea şi planificarea individuală a intervenţiei, restructurarea instituţiilor rezidenţiale, crearea de servicii alternative, consolidarea parteneriatului dintre structurile/instituţiile publice şi cele private şi creşterea competenţelor autorităţilor locale.

Obiectivul principal al strategiei naţionale era focalizat pe crearea unui sistem de protecţie şi suport continuu şi integrat pentru persoanele cu dizabilităţi, prin reforma administrativă a instituţiei centrale şi reforma instituţională a domeniului, în vederea creşterii calităţii vieţii acestora.

În conformitate cu cerinţele internaţionale, o strategie coerentă în favoarea persoanelor cu dizabilităţi trebuie să urmărească :
- garantarea unei participări totale şi active în viaţa comunităţii a persoanelor cu dizabilităţi ;
- asistarea persoanelor cu dizabilităţi pentru a-şi conduce viaţa independent, în acord cu propriile dorinţe ;
- prevenirea sau eliminarea apariţiei deficienţelor, prevenirea agravării şi diminuarea consecinţelor lor ;
- prevenirea apariţiei barierelor sociale din calea persoanelor cu dizabilităţi, diminuarea consecinţelor barierelor actuale ;
- evitarea sau eliminarea oricăror forme negative de discriminare asupra persoanelor cu dizabilităţi.

Acţiunile principale de implementare a strategiei amintite anterior sunt îndreptate spre :
- reintegrarea în comunitate a persoanelor cu dizabilităţi din instituţiile rezidenţiale sau din familiile care sunt lipsite de mijloace materiale ;
- promovarea unei participări active a persoanelor cu dizabilităţi în societate la toate nivelurile şi în toate sferele vieţii cotidiene ;

- crearea unui sistem de servicii comunitare bazat pe standarde şi normative adecvate care să permită persoanelor cu dizabilităţi să desfăşoare o viaţă independentă şi asistarea, la nevoie, de către o reţea de suport alcătuită din persoane calificate.

Noua viziune a reformei în domeniul serviciilor specializate pentru persoanele cu dizabilităţi, potrivit planului naţional de acţiune, a fost operaţionalizat pe trei direcţii simultane :
- reorganizarea şi transformarea marilor instituţii rezidenţiale prin înfiinţarea de instituţii mai mici, specializate, cu funcţii sporite pentru îmbunătăţirea calităţii serviciilor ;
- înfiinţarea unor centre de zi, a locurilor de muncă protejate şi a unor programe de formare profesională pentru stimularea participării beneficiarilor acestora la viaţa comunităţii/societăţii ;
- dezvoltarea unui suport comunitar prin formarea şi implicarea membrilor familiilor şi/sau aparţinătorilor, dezvoltarea unor reţele de asistenţi sociali şi dezvoltarea planurilor de acţiune judeţene prin respectarea politicilor locale.

În aprilie 2004 s-a înfiinţat şi Consiliul Naţional al Dizabilităţii din România (CNDR), a cărui misiune declarată constă în apărarea şi promovarea drepturilor şi intereselor legitime comune tuturor persoanelor cu dizabilităţi din ţara noastră, în conformitate cu documentele şi practicile europene şi internaţionale privind drepturile omului şi problematica dizabilităţii. CNDR este format din organizaţii neguvernamentale naţionale reprezentative ale persoanelor cu dizabilităţi, precum şi din alte organizaţii apolitice cu activităţi şi preocupări în domeniu. Principiile după care acţionează CNDR au în vedere : respectul pentru demnitatea umană şi independenţa persoanelor cu dizabilităţi ; nondiscriminarea, conjugată cu acţiunea pozitivă în vederea incluziunii sociale ; garantarea participării depline, cu drepturi, obligaţii şi şanse egale a persoanelor cu dizabilităţi în toate domeniile vieţii ; promovarea unei societăţi în care persoanele cu dizabilităţi să-şi găsească locul în mod firesc.

1.5. Ocupaţiile din sistemul serviciilor de asistenţă şi protecţie a copilului. Standarde ocupaţionale. Formarea personalului

Potrivit prevederilor din *Ordonanţa Guvernului nr. 129/31.08.2000, privind formarea profesională a adulţilor*[1], *competenţa profesională* reprezintă capacitatea de a realiza activităţile necesare la locul de muncă în conformitate cu nivelul calitativ specificat în *standardul ocupaţional*. Programele de formare profesională asigură dobândirea unor competenţe profesionale în conformitate cu standardele ocupaţionale recunoscute la nivel naţional, aprobate de Consiliul pentru Standarde Ocupaţionale şi Atestare. Aceste programe sunt organizate de furnizorii de formare profesională pentru ocupaţiile definite şi cuprinse în *Clasificarea Ocupaţiilor din România* (COR).

1. Acest document precizează unităţile de competenţă şi nivelul calitativ asociat rezultatelor activităţilor cuprinse într-o ocupaţie profesională.

Formarea profesională asigură dobândirea competenţelor profesionale în mod gradual, după cum urmează:
- *iniţierea* (formarea profesională iniţială): asigură dobândirea unor cunoştinţe, priceperi şi deprinderi minime necesare pentru desfăşurarea unei activităţi;
- *calificarea*: asigură dobândirea ansamblului de competenţe profesionale care permit unei persoane să desfăşoare activităţi specifice unei ocupaţii sau profesii;
- *perfecţionarea*: asigură dezvoltarea competenţelor profesionale în cadrul aceleiaşi calificări;
- *specializarea*: urmăreşte obţinerea de cunoştinţe şi deprinderi într-o arie restrânsă din sfera de cuprindere a unei ocupaţii.

Elaborarea unui cadru unitar, la nivel naţional, pentru formarea profesională a personalului din sistemul de servicii de protecţie a copilului presupune:
- definirea şi clasificarea ocupaţiilor din sistem, la nivel de categorii de ocupaţii, ocupaţii de bază şi specializări;
- stabilirea standardelor ocupaţionale pentru fiecare ocupaţie de bază şi specializare;
- elaborarea programelor de formare corespunzătoare fiecăruia dintre aceste standarde ocupaţionale.

Definirea standardelor ocupaţionale pentru personalul din sistemul de servicii destinate protecţiei copilului va asigura atingerea următoarelor obiective absolut necesare desfăşurării corespunzătoare a activităţii serviciilor publice specializate pentru protecţia copilului:
- selecţia, dezvoltarea şi menţinerea unui personal calificat;
- creşterea competitivităţii, calităţii şi eficienţei serviciilor oferite copiilor aflaţi în dificultate;
- facilitarea mobilităţii personalului;
- identificarea nevoilor de resurse umane şi formare profesională;
- crearea programelor de formare profesională;
- îmbunătăţirea performanţelor şi competenţelor profesionale ale personalului;
- elaborarea metodologiilor de evaluare a performanţelor şi competenţelor profesionale;
- dezvoltarea procedurilor de atestare şi certificare profesională;
- dezvoltarea instituţională a serviciilor publice specializate pentru protecţia copilului.

Elaborarea şi aprobarea, după 1990, a unor importante acte juridice internaţionale (*Convenţia ONU cu privire la drepturile copilului*, *Convenţia de la Haga cu privire la protecţia copiilor şi cooperarea în adopţia internaţională*, *Convenţia europeană privind exerciţiul drepturilor copilului* etc.) au condus la apariţia unor domenii de activitate cu un specific deosebit şi un caracter inovator, bazate pe noile concepte definite (respectiv drepturile şi libertăţile copilului) şi pe raporturile juridice şi sociale determinate de acestea. Convenţiile amintite au la bază principiul protecţiei speciale de care trebuie să se bucure copilul în exercitarea şi realizarea drepturilor sale. Pe de altă parte, descentralizarea sistemului de protecţie a copilului în România, diversificarea şi dezvoltarea serviciilor comunitare de protecţie a copilului impun modernizarea şi completarea COR. Altfel spus, este necesară adaptarea COR la nevoile şi realităţile societăţii şi nu limitarea evoluţiei societăţii prin caracterul imuabil al COR.

Din perspectiva noilor tipuri de activităţi şi servicii destinate copiilor aflaţi în dificultate, respectiv consilierea, terapia, evaluarea complexă, asistenţa şi reprezentarea, îngrijirea şi educaţia în sistemul instituţiilor rezidenţiale, îngrijirea şi educaţia în sistemul familiilor substitutive profesioniste, prezentăm caracteristicile şi standardele ocupaţiilor din sistemul de protecţie şi asistenţă a copilului (anul de referinţă 2004):

a) *consilieri specializaţi în protecţia copilului*: asistă şi avizează copilul, familia naturală sau substitutivă a acestuia sau alţi specialişti în scopul prevenirii, combaterii sau, după caz, soluţionării situaţiilor care pun în pericol securitatea, integritatea sau dezvoltarea copilului; exemplificări:
   - asistarea şi avizarea familiei naturale sau substitutive a copilului, precum şi a specialiştilor implicaţi în luarea deciziilor care îl privesc pe copil; avizarea şi, după caz, supervizarea acestor decizii;
   - asistarea şi avizarea copilului, familiei naturale sau substitutive în soluţionarea problemelor şi conflictelor în care copilul este implicat;
   - sprijin în stabilirea, dezvoltarea sau normalizarea raporturilor şi relaţiilor sociofamiliale în care copilul este sau trebuie implicat în interesul său;

b) *terapeuţi specializaţi în protecţia copilului*: acţionează în scopul combaterii cauzelor care au determinat periclitarea securităţii, integrităţii sau dezvoltării copilului, prin tratamente terapeutice aplicate copilului şi, după caz, familiei naturale sau substitutive a acestuia, precum şi prin monitorizarea acestor tratamente; exemplificări:
   - restabilirea funcţiilor psihosomatice şi intelectuale ale copilului;
   - restaurarea raporturilor şi relaţiilor sociofamiliale ale copilului;
   - ameliorarea sau dezvoltarea acestor funcţii, relaţii şi raporturi;
   - limitarea disfuncţiilor sau dezechilibre lor existente;
   - prevenirea apariţiei unor disfuncţii sau dezechilibre asociate;
   - promovarea aspectelor pozitive identificate în funcţiile, raporturile şi relaţiile existente;
   - stabilirea şi dezvoltarea noilor raporturi şi relaţii sociofamiliale;

c) *evaluatori specializaţi în asistenţa şi protecţia copilului*: acţionează pentru a asigura oportunitatea şi obiectivitatea deciziilor luate, precum şi cuantificarea eficienţei şi eficacităţii activităţilor efectuate, astfel încât protecţia copilului a cărui securitate, integritate sau dezvoltare au fost periclitate să fie garantată şi operaţionalizată; exemplificări:
   - identificarea şi gestionarea informaţiilor necesare pentru a determina circumstanţele şi cauzele situaţiei care periclitează securitatea, integritatea sau dezvoltarea copilului;
   - cuantificarea acestor informaţii pentru a elabora, în cooperare cu consilierii specializaţi, planul individual de asistenţă şi protecţie a copilului;
   - evaluarea capacităţii de discernământ a copilului în raport cu circumstanţele şi cauzele situaţiei sale, precum şi solicitarea opiniei acestuia cu privire la planul individual de asistenţă şi protecţie;
   - evaluarea periodică a evoluţiei copilului şi gradului de îndeplinire a obiectivelor şi de atingere a indicatorilor intermediari de performanţă stabiliţi în cadrul planului individual de asistenţă şi protecţie a copilului; după caz, reajustarea parametrilor obiectivelor şi indicatorilor respectivi;
   - evaluarea, la încheierea activităţilor, a nivelului de îndeplinire a obiectivelor şi atingere a indicatorilor finali de performanţă incluşi în planul individual de asistenţă şi protecţie a copilului;

d) *reprezentanţi autorizaţi ai copilului*: asigură copilului capabil de discernământ asistenţa şi sprijinul necesare participării la procesul decizional referitor la orice problemă care îl priveşte sau îi poate afecta interesele;
e) *asistenţi terapeuţi*: îndeplinesc sarcini de complexitate scăzută sau medie necesare desfăşurării activităţii terapeuţilor specializaţi în protecţia copilului, sub îndrumarea şi controlul direct al acestora (în cadrul fişei standardului ocupaţional se prezintă şi definiţia terapeuţilor specializaţi în asistenţa şi protecţia copilului);
f) *educatori specializaţi*: desfăşoară activităţi de educaţie, îngrijire, recuperare şi socializare în vederea reintegrării/integrării sociale şi familiale a copilului în dificultate, inclusiv a celui cu dizabilităţi;
g) *asistenţi maternali*: desfăşoară la domiciliul propriu activităţi de îngrijire, educaţie, recuperare şi socializare în vederea dezvoltării armonioase şi a reintegrării/integrării sociale şi familiale a copilului în dificultate (inclusiv a celui cu dizabilităţi) primit în plasament sau încredinţare.

Anexele 5 şi 6 prezintă un model general de standard ocupaţional, respectiv un model al activităţii consilierilor pentru integrare sociofamilială, cu scopul de a exemplifica setul de cerinţe şi competenţe profesionale din domeniul asistenţei şi protecţiei copilului aflat în dificultate.

Statuarea practicilor educaţiei incluzive şi integrarea copiilor cu deficienţe în învăţământul obişnuit au solicitat apariţia, încadrarea şi normarea cadrelor didactice itinerante şi de sprijin (statutul profesorului itinerant a fost reglementat prin Legea nr. 128/1997 – *Statutul cadrelor didactice* – unde, la articolul 5, alături de alte funcţii didactice din învăţământul special, legiuitorul stipulează funcţiile de *învăţător/institutor itinerant* şi, respectiv, *profesor itinerant*). Principalele caracteristici ale acestor noi arii profesionale din domeniul psihopedagogiei speciale sunt următoarele:

a) cadrele didactice itinerante şi de sprijin[1] sunt profesori ai şcolii speciale care desfăşoară activităţi de recuperare şi dezvoltare psihofizică a copilului deficient şi acordă asistenţă psihopedagogică sau de specialitate elevilor deficienţi integraţi individual în şcoala obişnuită, în vederea depăşirii dificultăţilor de învăţare şi de integrare socială;
b) cadrul didactic itinerant şi de sprijin va ţine seama de importanţa ariilor curriculare în ordinea: terapii specifice, limbă şi comunicare, matematică şi ştiinţe, om şi societate, tehnologii;
c) cadrul didactic itinerant îşi desfăşoară activitatea în clasă, în timpul orelor de predare, în parteneriat cu învăţătorul/profesorul de la clasă, numai la disciplina la care se constată că există probleme de înţelegere; numărul de ore de activitate în clasă nu este fix, ci este stabilit de profesorul itinerant împreună cu cel de la clasă, iar celelalte ore din normă se pot desfăşura în săli multifuncţionale, cabinete de terapii specifice sau în familia copilului;
d) profesorii de sprijin lucrează cu:
   – copii/elevi deficienţi nedeplasabili;

1. În condiţiile actuale, activitatea acestora este normată ca activitate de învăţământ special, norma fiind, la clasele I-IV, de 16 ore / 15 elevi deficienţi integraţi în clase incluzive diferite şi de 16 ore / 20 elevi din clasele V-VIII; extinderea practicilor incluzive va atrage după sine modificări semnificative şi în domeniul nomenclatorului de profesii şi în normarea serviciilor de sprijin pentru copiii cu dizabilităţi integraţi în programul instituţiilor şcolare.

- copii/elevi cu dificultăţi de învăţare sau de dezvoltare ;
- copii/elevi cu deficienţe uşoare şi medii ;
- copii/elevi cu deficienţe grave, severe, profunde sau asociate, integraţi în şcoala publică la solicitarea părinţilor ;

e) condiţiile pentru ocuparea posturilor de profesori itineranţi şi de sprijin sunt următoarele : să fie absolvenţi de psihopedagogie specială, pedagogie sau psihologie şi să aibă un stagiu atestat de pregătire teoretică şi practică în educaţie specială.

Setul de competenţe al cadrului didactic itinerant sau de sprijin este orientat spre următoarele tipuri de activităţi :

- elaborează şi propune echipei de lucru programe personalizate de servicii educaţionale ;
- propune echipei de lucru elevii care au nevoie de intervenţie personalizată ;
- asigură adaptarea curriculumului şcolar la posibilităţile de dezvoltare şi învăţare ale copiilor ;
- evaluează rezultatele aplicării programelor curriculare adaptate ;
- colaborează cu învăţătorii şi profesorii claselor în care sunt integraţi elevii cu cerinţe speciale, cu precizarea modalităţilor de lucru pentru fiecare capitol, temă sau lecţie ;
- desfăşoară activităţi de predare în parteneriat cu învăţătorul sau profesorul şi/sau participă în clasă, în calitate de observator, consultant, coparticipant, în funcţie de solicitările impuse de tipul de activitate didactică de la clasă ;
- organizează activităţi de intervenţie personalizată în clasă sau în afara clasei ;
- desfăşoară activităţi din sfera terapiilor educaţionale şi ocupaţionale, individuale şi de grup ;
- acordă asistenţă psihopedagogică : de limbaj, cognitivă, psihomotorie, afectiv-motivaţională ;
- realizează activitatea de evaluare şi adaptare curriculară concretizată prin evaluarea potenţialului de învăţare şi elaborarea de programe specifice sau individualizate, adaptate pe curriculum şcolar ;
- proiectează şi realizează activitatea de învăţare itinerantă, individualizată care urmăreşte învăţarea propriu-zisă, adaptată la un alt context, diferit de cel al clasei (de exemplu, activitatea de învăţare la domiciliu, în cadrul unui centru de zi etc.).

Cu aprobarea consiliului de administraţie al instituţiei şcolare, se poate diminua efectivul de elevi la clasă pentru învăţătorul/profesorul care lucrează în condiţiile claselor integratoare / şcolilor incluzive, fără a creşte numărul de clase din şcoală.

1.6. Aspecte privind calitatea vieţii şi serviciilor pentru persoanele cu cerinţe speciale

Abordările practice moderne din cadrul protecţiei persoanelor cu cerinţe speciale pun un accent din ce în ce mai mare pe noţiunile de calitate a vieţii şi de calitate a serviciilor.

Calitatea vieţii reflectă în esenţă condiţiile de viaţă ale unei persoane în relaţie cu locuinţa, comunitatea, locul de muncă, starea de sănătate şi gradul de bunăstare ; în acelaşi timp, reprezintă şi un fenomen care ţine de subiectivitatea percepţiei unei persoane şi de experienţa sa de viaţă.

Calitatea serviciilor se referă la caracteristici conjugate ale unei instituţii/organizaţii care oferă credibilitatea şi acreditarea sa pentru satisfacerea unor necesităţi explicite sau implicite ale unor categorii diverse de clienţi aflaţi în dificultate.

Realitatea socială a demonstrat de-a lungul timpului că ar putea fi stopat relativ uşor procesul prin care numeroase persoane devin dependente şi incapabile să presteze o activitate economică şi socialmente utilă. Remediile împotriva unei asemenea dependenţe par a fi adesea de ordin financiar ; cu toate acestea regimul indemnizaţiei şi compensaţiei pentru incapacitate nu constituie decât una dintre pârghiile oricărei politici orientate în favoarea persoanelor cu dizabilităţi.

Calitatea vieţii şi serviciilor adresate persoanelor cu dizabilităţi sau aflate în dificultate trebuie analizată în relaţie directă cu conceptul de *standarde de calitate*. Standardele de calitate ale serviciilor de protecţie specială răspund cerinţelor generale şi speciale ale utilizatorilor (persoanele cu dizabilităţi) ; satisfacerea acestor cerinţe este condiţionată de aplicarea standardelor specifice de calitate[1]. Standardele de calitate proiectează o viziune de ansamblu asupra acestui sector al practicii sociale, pornind de la un sistem de principii fundamentale, ele îndeplinind un rol instrumental, reglator al procesului de furnizare a serviciilor de protecţie specială, în beneficiul utilizatorului.

Principiile moderne în promovarea standardelor pentru serviciile de protecţie specială sunt clasificate în două mari categorii :
- principii privind respectarea drepturilor persoanei (drepturile universale ale omului, autonomie şi autodeterminare, demnitate personală, valorizare, intimitate, confidenţialitate) ;
- principii privind asistarea (satisfacerea cerinţelor generale şi speciale, individualizarea, participarea beneficiarilor, implicarea familiei şi comunităţii, continuitatea şi integralitatea serviciilor).

Standardele de calitate a serviciilor de protecţie specială au următoarele caracteristici :
- exprimă reguli generale de realizare a unor performanţe minimale în unităţile de protecţie specială ;
- sunt fundamentate pe un set de principii esenţiale teoretice şi metodologice ;
- răspund cerinţelor generale şi speciale ale persoanelor cu dizabilităţi ;
- sunt inspirate din regulile de bună practică din domeniu ;
- se implementează prin metodologii elaborate de coordonatorul metodologic din domeniul protecţiei speciale.

De asemenea, ele îndeplinesc patru funcţii fundamentale :
- garantează *compatibilitatea serviciilor* în plan naţional – standardele trebuie să fie suficient de generale : să includă alternativele de activităţi şi servicii ce se regăsesc în toate unităţile de profil de pe teritoriul naţional, să poată fi aplicate într-un mod suficient de flexibil şi divers ;
- determină *adecvarea serviciilor* la nevoile utilizatorului – obligă furnizorii de servicii să evalueze cerinţele persoanelor cu dizabilităţi în integralitatea şi dinamica specifică şi să acţioneze în consecinţă ;

1. Distincţia dintre standardele de calitate şi regulile de bună practică în serviciile sociale este următoarea : standardele exprimă *teoria* acţiunii, în timp ce regulile de bună practică reprezintă *acţiunea* însăşi, particularizată în procedee ce şi-au probat eficienţa în unele unităţi furnizoare de servicii.

- asigură *comprehensivitatea şi continuitatea procesului de furnizare a serviciilor* – reflectă modul în care întregul pachet de servicii acoperă solicitările şi preferinţele utilizatorului ; totodată, standardele definesc modul în care aceste servicii şi activităţi se integrează sau corelează şi cu altele similare sau complementare din comunitate ;
- stimulează *perfecţionarea continuă a procesului de furnizare a serviciilor* – permit monitorizarea obiectivă a furnizorilor de servicii de către organismele de coordonare şi control, sporind autoritatea şi eficienţa acestora în promovarea calităţii serviciilor.

În domeniul protecţiei speciale, standardele de calitate sunt grupate pe două categorii distincte : servicii pentru adulţi cu dizabilităţi[1] şi servicii pentru copii cu dizabilităţi.

Statele membre ale Consiliului Europei au convenit să intensifice eforturile lor, atât prin intermediul instituţiilor publice, cât şi prin intermediul organizaţiilor neguvernamentale, în scopul promovării calităţii vieţii şi integrării sociale a persoanelor cu dizabilităţi.

Pornind de la conţinutul unor rezoluţii şi recomandări ale organismelor europene, de la recunoaşterea dreptului la formarea şi readaptarea profesională a persoanelor cu capacitatea fizică sau mintală diminuată (prevăzută la articolul 15 din *Carta Socială Europeană*) şi ţinând cont de declaraţia finală a Conferinţei miniştrilor responsabili de politicile sociale în favoarea persoanelor cu dizabilităţi din statele membre (Paris, 1991), Consiliul Europei a elaborat o recomandare adresată guvernelor statelor membre care prezintă următoarele elemente de referinţă în ceea ce priveşte îmbunătăţirea calităţii vieţii persoanelor cu cerinţe speciale :
- politica generală referitoare la persoanele cu dizabilităţi ;
- programele de profilaxie şi educaţia pentru sănătate ;
- identificarea/depistarea şi diagnosticul deficienţelor ;
- programele de terapie şi recuperare ;
- educaţia şi politicile educaţionale ;
- programele de orientare şi pregătire profesională ;
- programele şi strategiile de angajare şi integrare profesională ;
- programele de integrare socială şi în comunitate ;
- strategiile de protecţie socială, economică şi juridică ;
- pregătirea şi promovarea personalului de specialitate implicat în procesul de readaptare şi integrare socială a persoanelor cu dizabilităţi ;
- acţiunile de informare a membrilor comunităţii şi sensibilizarea opiniei publice faţă de problematica persoanelor aflate în dificultate ;
- programele de cercetare în domeniul persoanelor cu cerinţe speciale.

În ţara noastră, *Strategia naţională privind protecţia specială şi integrarea socială a persoanelor cu dizabilităţi* elaborată de Autoritatea Naţională pentru Persoane cu

1. Serviciile pentru adulţi cu dizabilităţi, în conformitate cu Legea nr. 519/2002 pentru aprobarea Ordonanţei de Urgenţă a Guvernului nr. 102/1999 privind protecţia specială şi încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, au un caracter public şi sunt coordonate din punct de vedere metodologic de Autoritatea Naţională pentru Persoanele cu Handicap. În perspectiva implementării strategiei ANPH în domeniul protecţiei speciale (Hotărârea de Guvern nr. 1215/31.10.2002 pentru aprobarea *Strategiei naţionale privind protecţia specială şi integrarea socială a persoanelor cu handicap din România*), unele instituţii publice de tip rezidenţial vor fi restructurate sau chiar desfiinţate, în favoarea alternativelor bazate pe familie şi comunitate.

Handicap (ANPH) a urmărit coordonarea eforturilor tuturor organismelor guvernamentale şi neguvernamentale implicate în sprijinirea persoanelor cu dizabilităţi pentru ameliorarea calităţii vieţii şi serviciilor acestor beneficiari grupaţi în următoarele categorii:

- copii cu dizabilităţi (0-18 ani) aflaţi în familie, în structuri rezidenţiale sau în structuri alternative;
- tineri cu dizabilităţi (18-26 ani) aflaţi în familie, în structuri rezidenţiale sau în structuri alternative;
- adulţi cu dizabilităţi, de vârstă activă, integraţi sau nu în muncă;
- adulţi după vârsta de pensionare care au certificat de încadrare într-o categorie de handicap;
- familii cu risc de naştere a copilului cu deficienţe.

În cadrul acestei strategii au fost iniţiate acţiuni bazate pe comunicare, flexibilitate şi transparenţă şi focalizate pe:

- reforma cadrului normativ pe principiul unităţii şi coerenţei, în vederea obţinerii unui sistem integrat de acte normative în domeniul protecţiei persoanelor cu dizabilităţi, în deplină concordanţă cu prevederile din Constituţia României, legislaţia Comunităţii Europene şi convenţiile internaţionale;
- elaborarea standardelor de calitate pentru serviciile publice specializate[1];
- îmbunătăţirea capacităţii manageriale la nivelul ANPH şi în unităţile subordonate, prin definirea clară a rolurilor şi responsabilităţilor compartimentelor de specialitate, descentralizarea unor activităţi, crearea unui corp stabil de funcţionari publici competenţi şi neutri din punct de vedere politic;
- modernizarea sistemului de monitorizare a promovării şi respectării drepturilor persoanelor cu dizabilităţi prin informatizarea reţelei ANPH;
- managementul eficient al centrelor de tip rezidenţial aflate în coordonarea ANPH, demedicalizarea sistemului şi înfiinţarea infrastructurii de intervenţie socială, înlocuind, treptat, comisiile de expertiză medicală cu comisiile de integrare socioprofesională;
- diversificarea serviciilor publice cu orientare pe informare, educare, comunicare, prin înfiinţarea atât la nivel central, cât şi local a serviciilor de consultanţă şi consiliere.

Reforma instituţională desfăşurată complementar şi integrat urmăreşte prevenirea instituţionalizării şi dezinstituţionalizarea, restructurarea instituţională, dezvoltarea sistemului alternativ de asistenţă şi protecţie specială.

În acest sens se urmăresc crearea şi dezvoltarea următoarelor tipuri de centre şi servicii:

a) *centre*:
   - centre de prevenţie şi intervenţie timpurie pentru persoanele cu dizabilităţi;

---

1. În lucrarea intitulată *Standarde de calitate. Centre rezidenţiale de protecţie specială pentru adulţi*, publicată în anul 2002 şi redactată pe baza rezultatelor unor cercetări efectuate în cadrul Institutului Naţional de Studii şi Strategii privind Problemele Persoanelor cu Handicap (INSSPPH), coordonator Aurelia Băndilă, sunt delimitate câteva repere teoretico-metodologice pentru optimizarea calităţii serviciilor de asistenţă şi protecţie destinate persoanelor cu dizabilităţi sau aflate în dificultate. Această lucrare a reprezentat, în literatura de specialitate din ţara noastră, prima abordare pe criterii ştiinţifice a calităţii vieţii persoanelor cu handicap. De asemenea, sunt clarificate câteva delimitări conceptuale utile în practica serviciilor de protecţie specială şi se oferă un set complet de standarde de calitate în funcţie de principalele categorii de activităţi specifice unor centre/servicii de profil.

- centre de primire a persoanelor cu dizabilităţi : tineri, adulţi, vârstnici, în regim de urgenţă ;
- centre de tip *respite care* şi *baby sitting* (servicii de asistenţă şi supraveghere pentru situaţii de criză şi evenimente neaşteptate) ;
- centre de zi pentru persoane cu toate tipurile de deficienţe : mintale, psihoneuromotor, senzorial, fizic etc.
- centre pentru ortezare, protezare, adaptare şi întreţinere de echipamente şi aparate (de uz casnic, design arhitectural, aparatură electronică şi electrotehnică) ce fac posibile incluziunea şi accesul la mediul fizic ;
- locuinţe protejate ;
- centre rezidenţiale de tip familial pentru persoanele cu dizabilităţi, tineri, adulţi şi vârstnici ;

b) *servicii* :
- servicii de prevenţie şi intervenţie timpurie ;
- educaţie la distanţă ;
- servicii de consiliere, terapie şi recuperare la domiciliu ;
- servicii de prevenire a abandonului prin monitorizare, asistenţă şi sprijin pentru viitoarele mame ;
- servicii rezidenţiale de tip familial ;
- orice alte servicii care să conducă la bunăstarea persoanei cu dizabilităţi alături de familia sa.

În plan operaţional, acţiunile întreprinse pentru ameliorarea calităţii vieţii persoanelor cu dizabilităţi au în vedere următoarele direcţii şi obiective :

a) *social-medical* :
- consiliere şi informare familială, conştientizarea factorilor de risc în apariţia deficienţelor ;
- prevenirea instituţionalizării ;
- depistarea, diagnosticarea precoce şi intervenţia timpurie (formarea şi implicarea specialiştilor în educaţie specială pentru segmentul de vârstă 0-3 ani) ;
- dezvoltarea reţelei de servicii de recuperare şi terapie şi asigurarea unui sistem eficient de intervenţie şi tratament ;
- asigurarea unui sistem eficient pentru construirea şi distribuirea dispozitivelor de asistare : proteze, orteze, aparatură şi materiale ajutătoare compensatorii, aparatură de semnalizare vizuală, aparate ortopedice, dispozitive de mers, scaune rulante etc. ;
- formarea şi specializarea personalului pentru intervenţia şi suportul familial ;

b) *psihopedagogic/formativ/vocaţional* :
- monitorizarea elevilor cu cerinţe educative speciale, atât în mediul urban, cât şi în mediul rural ;
- participarea la elaborarea şi aplicarea Curriculumului Naţional pentru copii cu cerinţe speciale (metodologii, planuri de învăţământ etc.) ;
- iniţierea unui sistem eficient de formare, orientare profesională şi angajare în muncă a tinerilor cu cerinţe speciale, prin colaborarea dintre instituţiile şcolare, Agenţia Naţională de Ocupare a Forţei de Muncă, ateliere protejate, agenţi economici ;

- abordarea metodologiei de educare şi abilitare din perspectiva integrării sociale, a vieţii independente sau cu grad cât mai redus de dependenţă, precum şi a profesionalizării ;
- schimbarea atitudinii, comportamentului şi a mentalităţii factorilor de conducere, ca şi a personalului de îngrijire din centrele de recuperare ;

c) *orientarea, formarea profesională şi angajarea în muncă*:
- crearea unui cadru de dialog social cu şi între firme şi ONG-uri, privind instruirea profesională şi angajarea persoanelor cu dizabilităţi ;
- proiectarea şi adaptarea locurilor de muncă în aşa fel încât acestea să devină accesibile persoanelor cu dizabilităţi ;
- dezvoltarea şi crearea locurilor de muncă astfel încât acestea să fie însoţite de sprijin activ şi de măsuri de susţinere specifice şi individualizate pentru a ajuta în mod individual persoana cu dizabilităţi, dar şi angajatorul dispus să o încadreze ;
- introducerea unor facilităţi fiscale oferite patronilor care înfiinţează unităţi protejate sau locuri de muncă protejate ;

d) *accesibilităţi*:
- adaptarea clădirilor civile şi spaţiului urban aferent, inclusiv în mediul rural (şcoli, primării, magazine, biserici, instituţii comunitare etc.), la nevoile persoanelor cu dizabilităţi ;
- accesibilizarea telefoanelor publice ;
- recunoaşterea limbajului mimico-gestual ;
- organizarea şi semnalizarea spaţiilor de parcare ;
- achiziţionarea mijloacelor de transport public, accesibile pentru toţi ;
- montarea sistemelor de semnalizare sonoră şi vizuală pentru persoanele cu dizabilităţi.

În concluzie, în orice societate bazată pe valori democratice autentice, instituţiile guvernamentale centrale şi locale, precum şi organizaţiile societăţii civile trebuie să dezvolte politici de acces şi programe globale de acţiune destinate ameliorării într-o manieră semnificativă şi durabilă a calităţii vieţii şi serviciilor pentru toate persoanele cu dizabilităţi sau aflate în dificultate.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Exemplificaţi, într-o formulă sintetică, felul în care conceptele de *deficienţă*, *incapacitate*, *handicap*, *inadaptare* pot fi puse în relaţie, folosind un caz concret de persoană cu cerinţe speciale.
- Care sunt componentele asistenţei psihopedagogice şi sociale a persoanelor cu cerinţe speciale şi cum pot fi ele concretizate în practica profesională din acest domeniu ?
- Oferiţi exemple concrete de acţiune, pe cele patru niveluri funcţionale, pentru aplicarea normalizării vieţii persoanelor cu dizabilităţi.
- Care a fost evoluţia recentă, pe plan internaţional şi naţional, în ceea ce priveşte legislaţia şi serviciile oferite persoanelor cu cerinţe speciale ?
- Cum argumentaţi ideea de şcoală incluzivă şi integrarea elevilor cu cerinţe speciale în şcoala obişnuită, din perspectiva noilor practici promovate şi susţinute de organismele internaţionale în domeniu ?

- Prezentaţi care sunt responsabilităţile şi modalităţile de implicare a principalelor instituţii publice din domeniul protecţiei, asistenţei şi serviciilor educaţionale adresate copiilor/persoanelor cu cerinţe speciale din ţara noastră.
- Analizaţi problematica standardelor ocupaţionale şi a programelor de formare profesională pentru serviciile de intervenţie, asistenţă şi protecţie a copilului din ţara noastră.
- Prezentaţi principalele aspecte referitoare la calitatea vieţii şi a serviciilor adresate persoanelor cu nevoi speciale.

CAPITOLUL 2
Personalitatea şi factorii care condiţionează dezvoltarea copilului cu dizabilităţi

2.1. Factorii care condiţionează dezvoltarea copilului cu dizabilităţi

Conceptul de *dezvoltare* se referă la modificările secvenţiale care apar într-un organism pe măsură ce acesta parcurge traseul de la concepţie la moarte. Există două categorii de procese care determină aceste modificări: procese programate biologic, ereditar şi procese datorate interacţiunii cu mediul şi cu factorii educogeni. Dezvoltarea organismului uman[1] se desfăşoară pe mai multe paliere:

a) *dezvoltarea fizică* – presupune modificări în lungime şi greutate, modificări ale structurii şi funcţiei creierului, inimii, a altor organe interne, modificări ale scheletului şi musculaturii care influenţează abilităţile motorii; aceste modificări exercită o influenţă majoră asupra intelectului şi personalităţii (spre exemplu, un copil cu pierderi de auz suferă şi de o întârziere în dezvoltarea limbajului, o persoană cu pierdere de vedere suferă modificări semnificative la nivelul cognitiv şi al analizatorilor rămaşi valizi, un copil rămas imobilizat şi fără autonomie de mişcare din cauza unor afecţiuni neuromotorii dezvoltă reacţii şi conduite adaptive cu impact major asupra personalităţii sale etc.);

b) *dezvoltarea cognitivă* – constă în modificări ce apar la nivelul percepţiei, învăţării, memoriei, raţionamentului, limbajului; aceste aspecte ale dezvoltării intelectuale sunt legate de dezvoltarea motorie şi emoţională (spre exemplu, anxietatea determinată de separare, adică teama unui copil că, o dată plecată, mama sa nu se va mai întoarce, nu poate exista dacă acel copil nu îşi poate aminti trecutul şi nu poate anticipa viitorul);

---

1. Mult timp cercetătorii au căutat un model universal de dezvoltare, încercând să stabilească prin ce anume se caracterizează dezvoltarea „normală" a copiilor. Metoda clasică de stabilire a unui „barem" care să caracterizeze fiecare vârstă a fost cea a calculării unei medii pentru fiecare variabilă aleasă în scopul descrierii comportamentului. Scalele de dezvoltare se bazează tocmai pe utilizarea unor astfel de „norme" stabilite statistic. Automat, s-a concluzionat că acei copii care nu urmează traseul comun de dezvoltare suferă probabil de pe urma unui deficit sau a unei tulburări/deprivări de ordin familial sau cultural. În ultima vreme se consideră din ce în ce mai mult că diferenţele sunt date de căi alternative de dezvoltare, şi nu de căi „inferioare" de evoluţie. Tendinţa actuală este aceea de a recunoaşte mai degrabă unicitatea fiecărui copil, cu potenţialul şi influenţele familiei şi culturii din care provine.

c) *dezvoltarea psihosocială* – presupune modificări ce apar în personalitate, trăirea emoţiilor şi în relaţiile individului cu ceilalţi; la orice vârstă, modul cum este evaluată şi conceptualizată propria persoană influenţează nu numai performanţele cognitive, dar şi funcţionarea „biologică" a organismului.

Dezvoltarea psihică a persoanei reprezintă un proces dinamic de formare şi reconstrucţie continuă, prin învăţare şi interacţiunea cu factorii de mediu, a structurilor cognitiv-operaţionale, psihomotrice, dinamico-energetice, afectiv-motivaţionale şi atitudinale, manifestate în comportament. Dacă privim din perspectivă genetică, dezvoltarea psihoindividuală este un proces intern care evoluează o dată cu vârsta printr-o construcţie progresivă (programată genetic), în scopul unei adaptări optime la condiţiile de existenţă. Dacă analizăm dezvoltarea din perspectivă ontogenetică, atunci ea este înţeleasă ca un proces dinamic şi constructiv, de la simplu la complex, de la acţiune la gândire, de la prelogic la logic, de la empiric la ştiinţific, care se realizează prin învăţare sub influenţa mediului sociocultural (Golu, 1985). Prin urmare, dezvoltarea psihică poate fi privită ca un proces care tinde spre armonizare şi echilibru cu mediul ambiant şi social şi cu propriile aspiraţii, dorinţe şi posibilităţi.

Dacă analizăm reperele psihogenetice şi psihodinamice ale dezvoltării individuale, pot fi desprinse următoarele caracteristici (Şchiopu, Verza, 1997):
- reperele psihogenetice se exprimă în compoziţii foarte complexe care pun în evidenţă normalitatea sau abaterea de la aceasta (întârzierea sau avansul în dezvoltarea psihică);
- prin intermediul ierarhizării modului de a se exprima, al reperelor psihogenetice, se pot pune în evidenţă caracteristicile de maxim activism, latura dinamică mai pregnantă, forţa investiţiilor psihice active la un moment dat; pe baza cunoaşterii acestui aspect se pot elabora strategiile educative de maximă oportunitate (zona dezvoltării proximale);
- întârzierile prelungite de apariţie a caracteristicilor psihice, considerate repere psihogenetice, constituie indici de retard sau dizabilitate psihică în majoritatea cazurilor în anii copilăriei;
- întârzierile de dezvoltare, după apariţia normală a caracteristicilor implicate, prin reperele psihogenetice, evidenţiază condiţii defectuoase de educaţie şi mediu sau condiţii de existenţă stresantă;
- reperele psihogenetice sunt mult mai evidente decât mecanismele care stau la baza lor; aceste mecanisme sunt încă puţin prea descifrate şi evocate în literatura de specialitate.

În determinarea dezvoltării psihofizice a copilului, rolul principal aparţine interacţiunii dintre ereditate, factorii de mediu şi educaţie. Aceşti factori direcţionează şi condiţionează sub aspect cantitativ şi calitativ dezvoltarea oricărei persoane, inclusiv a persoanelor care prezintă anumite deficienţe de natură organică, funcţională sau de evoluţie.

Ereditatea reprezintă însuşirea fundamentală a materiei vii de a transmite, de la o generaţie la alta, sub forma codului genetic, informaţii/mesaje de specificitate care privesc specia, grupul de apartenenţă sau individul, constituindu-se în premisă biologică a dezvoltării. Aceste informaţii se reflectă în însuşirile fizice, biochimice şi funcţionale, în plasticitatea sistemului nervos central, intensitatea, echilibrul şi mobilitatea proceselor de excitaţie şi inhibiţie, particularităţile anatomo-fiziologice ale analizatorilor şi ale glandelor cu secreţie internă, predispoziţiile către o formă sau alta de evoluţie a stării de

sănătate etc. Altfel spus, caracterele ereditare reprezintă expresia morfologică sau funcţională a ceea ce este stocat în genomul celulei ca informaţie genetică înglobată în genă. În urma cercetărilor s-a ajuns la concluzia că majoritatea caracterelor sunt determinate de mai multe gene, care conlucrează pentru a exprima un anume caracter.

Analizând datele cercetărilor asupra componentei genetice (ereditare), pot fi sintetizate următoarele concluzii (Iacob, 1998) :

- moştenirea ereditară apare ca un complex de predispoziţii şi potenţialităţi, şi nu ca o transmitere liniară a trăsăturilor antecesorilor ;
- diversitatea psihologică umană are cu certitudine şi o rădăcină ereditară (constituţie, biotip, baze comportamentale etc.), dar nu poate fi redusă la aceasta ;
- ereditatea caracterelor morfologice şi biochimice este mult mai bine cunoscută decât ereditatea însuşirilor psihice, care, în cele mai multe cazuri, pare a fi rezultatul unor determinări poligenetice ;
- potenţialul genetic al fiecărui individ se selectează prin hazard şi este polivalent, mai ales sub aspectul exprimării psihice ;
- ceea ce este ereditar nu coincide întotdeauna cu ceea ce este congenital (sau înnăscut), unde sunt cuprinse şi elemente dobândite în urma influenţelor din perioada prenatală/intrauterină (această observaţie este demonstrată de multitudinea factorilor etiologici care acţionează în timpul sarcinii şi care determină apariţia unor tulburări sau deficienţe cu impact major, uneori ireversibile, asupra dezvoltării ulterioare a copilului, constituind premisele apariţiei unei/unor dizabilităţi) ;
- ceea ce ţine de ereditate se poate exprima în diverse etape de vârstă sau poate rămâne în stare de latenţă pe tot parcursul vieţii, în absenţa unui factor activator (spre exemplu, apariţia unui focar epileptic, degenerarea prematură a unor structuri anatomice, apariţia unor afecţiuni organice sau psihice, perturbarea unor funcţii şi procese fiziologice, metabolice sau endocrine, declanşarea unor reacţii alergice etc., toate acestea rezultatul unor predispoziţii moştenite genetic) ;
- factorul ereditar conferă unicitatea biologică, în calitate de premisă a unicităţii psihice ;
- prin programarea temporală (asemenea unui grafic de timp) a proceselor de creştere şi maturizare, ereditatea creează premisele unor momente de optimă intervenţie din partea mediului educativ sau corectiv, în aşa-numitele perioade sensibile sau critice ; anticiparea sau pierderea acestor perioade se poate dovedi ineficientă (această observaţie este foarte importantă pentru valorificarea perioadei optime de intervenţie terapeutică şi recuperatorie în cazul apariţiei unor tulburări sau deficienţe din sfera limbajului, motricităţii, operaţiilor gândirii, fenomenelor compensatorii etc.) ;
- factorul ereditar nu se exprimă în aceeaşi măsură în diversele aspecte ale vieţii psihice ; unele poartă mai puternic amprenta eredităţii (temperamentul, aptitudinile, emotivitatea, patologia psihică etc.), altele mai puţin (atitudinile, voinţa, caracterul etc.) ;
- o aceeaşi trăsătură psihică poate fi, la persoane diferite, rodul unor factori diferiţi (pentru unele persoane factorul ereditar poate fi determinant, în timp ce pentru altele mediul sau educaţia poate avea contribuţia decisivă) ;
- din perspectivă filogenetică, ereditatea umană are o importanţă redusă în determinarea setului de comportamente instinctive ; aşa se explică de ce, în comparaţie cu alte specii, puiul de om îşi pierde specificitatea dacă, în dezvoltarea sa timpurie, este însoţit de membrii altei specii (exemplul tipic în acest caz este oferit de copiii crescuţi în compania animalelor şi care s-au sălbăticit, în ciuda eredităţii de tip uman).

Factorul ereditar generează un anumit tip de conduită, acesta având o mare importanţă în procesul de structurare a personalităţii, dar faptul nu se poate explica independent de acţiunea factorilor de mediu şi de influenţele educaţiei.

În concluzie, putem spune că, la nivelul actual de cunoaştere şi control al mecanismelor eredităţii, rolul acestui factor în dezvoltare, mai ales în dezvoltarea psihică, este de premisă naturală, constituind un „echipament primar" pentru dezvoltarea ulterioară a personalităţii. Din punct de vedere probabilistic, această premisă poate oferi individului o şansă (ereditate normală) sau o neşansă (ereditate tarată) ; în primul caz, ea poate fi ulterior valorificată sau nu (în funcţie de calitatea intervenţiilor mediului şi/sau educaţiei), iar, în cel de-al doilea caz, în funcţie de gravitate, poate fi ameliorată, compensată în diverse grade sau nu, sub acţiunea unor programe specifice de intervenţie terapeutică şi educativ-recuperatorii (Iacob, 1998).

Mediul este reprezentat de totalitatea elementelor şi condiţiilor de viaţă cu care individul interacţionează, direct sau indirect, pe parcursul dezvoltării sale, în diverse etape de evoluţie. Factorii de mediu acţionează sub forma influenţelor bioclimatice, socioeconomice, culturale, civilizatoare, a totalităţii condiţiilor, structurilor şi normelor sociale (începând cu mediul familial, şcolar, grupurile de apropiaţi şi până la mediul comunitar şi societatea în ansamblu) care se manifestă faţă de fiecare persoană sau grup social etc.

Acţiunea factorilor de mediu poate fi directă sau indirectă, fiind structuraţi relativ într-o formă binară ; ei se prezintă individului pe de-o parte ca realităţi fizice, concretizate în prezenţa nemijlocită şi perceptibilă a persoanelor şi obiectelor din lumea înconjurătoare (în funcţie de care trebuie să se modeleze), şi, pe de altă parte, sub forma ansamblului de relaţii şi semnificaţii care, prin interiorizare, formează elementele de structură şi materialul de construcţie necesar dezvoltării psihice (Golu, 1985). Acţiunea mediului asupra unui individ poate fi, în egală măsură, favorabilă unei dezvoltări normale, dar poate constitui şi o frână, un blocaj în dezvoltarea sa (spre exemplu, cazul copiilor care, din punct de vedere biologic se nasc cu un potenţial normal, dar care, din cauza unui mediu familial deficitar, ostil, insecurizant, alienant sau a unor condiţii de viaţă precare, nu sunt stimulaţi suficient în perioadele optime de dezvoltare, ajungând să prezinte semne evidente de retard intelectual sau chiar social).

Din perspectiva dezvoltării ontogenetice, este necesară evidenţierea unui aspect extrem de important şi anume : nu simpla prezenţă sau absenţă a factorilor de mediu este relevantă, ci măsura, maniera şi rezonanţa interacţiunii dintre acei factori şi individul uman. Altfel spus, un factor de mediu prezent, dar neutru ca acţiune sau indiferent subiectului uman, este lipsit de relevanţă din perspectiva dezvoltării (spre exemplu, o melodie pentru un copil lipsit de auz nu apare ca factor de mediu, tot la fel un tablou sau o imagine pentru un copil lipsit de vedere, o schemă sau o normă socială cu conţinut abstract pentru un copil cu dizabilitate mintală etc.). Condiţia dezvoltării este ca acel factor să acţioneze asupra individului, care, la rândul său, să reacţioneze, intrând în interacţiune ca bază a propriei activităţi.

Având în vedere marea diversitate a conţinuturilor mediului, a formelor şi mijloacelor în care se prezintă, C.M. Super şi S. Harkeness (1986) au propus o nouă categorie teoretică sub forma conceptului de *nişă de dezvoltare*. Acest termen desemnează

totalitatea elementelor cu care un copil intră în relaţie într-o anumită etapă de vârstă[1] (copilul şi activităţile lui devin punctul de referinţă în identificarea, la vârste diferite, a unor nişe de dezvoltare diferite). Structura nişei de dezvoltare vizează (Iacob, 1998) :
- obiectele, locurile şi fenomenele accesibile copilului la diferite vârste ;
- răspunsurile şi reacţiile celor din jurul copilului ;
- cerinţele adultului în raport cu aşteptările, posibilităţile şi performanţele solicitate copilului la anumite vârste (mersul fără ajutor, aspecte privind pronunţia şi limbajul, efectuarea unor operaţii/activităţi de tip şcolar în avans etc.) ;
- activităţile impuse, propuse sau acceptate de acesta.

În concluzie, interacţiunea individului pe tot parcursul existenţei sale, dar mai ales în copilăria timpurie, cu elemente ale mediului familial, mediului înconjurător, mediului pedagogic sau al celui social favorizează în mod semnificativ progresele şi calitatea achiziţiilor necesare evoluţiei şi dezvoltării sale normale. În cazul copiilor cu dizabilităţi, interacţiunea cu factorii de mediu poate activa şi susţine mecanismele compensatorii, extrem de utile în intervenţiile educativ-recuperatorii.

Educaţia reprezintă activitatea specializată, specific umană, desfăşurată în mod deliberat, prin care se mijloceşte raportul dintre om şi factorii de mediu, favorizând dezvoltarea omului prin intermediul societăţii şi a societăţii prin intermediul omului. În condiţiile în care ereditatea şi mediul au contribuţii aleatorii în raport cu sensul procesului de dezvoltare ontogenetică, era necesară prezenţa unui factor special de diminuare a imprevizibilului şi de creştere a controlului şi influenţelor asupra procesului de dezvoltare individuală. Astfel, acest rol a fost preluat de educaţie. Ea face medierea între ceea ce s-ar putea manifesta (contribuţia eredităţii) sub aspectul conţinutului, momentului, nivelului, intensităţii, duratei, formei etc. şi ceea ce se oferă (contribuţia mediului).

Pentru o mai bună înţelegere a conceptului de *educaţie*, I. Cerghit şi Bunescu (1988) identifică următoarele posibile perspective :
- educaţia ca proces – acţiunea de transformare în sens pozitiv şi pe termen lung a fiinţei umane, în perspectiva unor finalităţi explicit formulate ;
- educaţia ca acţiune de conducere – dirijarea evoluţiei individului spre stadiul de persoană formată, autonomă şi responsabilă ;
- educaţia ca acţiune socială – activitatea planificată ce se desfăşoară pe baza unui proiect social, care comportă un model de personalitate ;
- educaţia ca interrelaţie umană – efort comun şi conştient între cei doi actori : educatorul şi educatul ;
- educaţia ca ansamblu de influenţe – acţiuni deliberate sau în afara unei voinţe deliberate, explicite sau implicite, sistematice ori neorganizate, care, într-un fel sau altul, contribuie la formarea personalităţii umane.

Ca factor cu acţiune preponderent conştientă şi deliberată, educaţia are efect asupra dezvoltării în condiţiile menţinerii unui optimum între ceea ce poate individul la un

---

1. Aşa se poate explica de ce există diferenţe între copiii crescuţi în culturi diferite (spre exemplu, copiii crescuţi în cultura occidentală, în care elementele mediului au anumite caracteristici, şi cei crescuţi în cultura tradiţională, unde elementele mediului, dintr-un anumit punct de vedere, sunt mai „sărace") ; culturi diferite folosesc nişe de dezvoltare diferite, chiar pentru aceeaşi vârstă, evidenţiate prin diferenţele în dezvoltarea biopsihosocială.

moment dat şi ceea ce i se oferă. O ofertă supradimensionată sau o ofertă prea simplistă poate perturba dezvoltarea psihică (în primul caz există riscul suprasolicitării, iar în al doilea caz apare o slabă stimulare, ambele cu efecte negative asupra proceselor psihice). De asemenea, educaţia este dependentă de ereditate şi calitatea factorilor de mediu şi nu dispune de puteri nelimitate ; altfel spus, nu poate reechilibra o ereditate profund afectată (spre exemplu, copiii cu dizabilităţi mintale de etiologie genetică sau organică) şi nici nu poate compensa un mediu dizarmonic sau viciat (prezenţa unor factori ca : violenţa, abandonul, absenţa confortului afectiv în familie, boli şi suferinţe etc.).

2.2. Etapele dezvoltării ontogenetice şi relevanţa lor în cazul copiilor cu dizabilităţi

Copilăria reprezintă perioada cea mai sensibilă din viaţa omului când, prin educaţie, putem modela şi dezvolta predispoziţiile latente (moştenite genetic), astfel încât să formăm o sumă de trăsături pozitive în atitudinea şi comportamentul copiilor. Primele influenţe educative apar în familie, apoi, alături de familie, intervine colectivitatea preşcolară (programul de grădiniţă) care sprijină şi completează munca de educaţie a părinţilor, pentru ca, mai apoi, şcoala, printr-un sistem educativ structurat şi sistematizat pe principii pedagogice, să modeleze şi să consolideze ceea ce copilul a acumulat înainte şi să adauge noi elemente care să desăvârşească efortul de formare şi dezvoltare a caracterului uman şi a personalităţii în ansamblu.

Evoluţia şi dezvoltarea copilului se desfăşoară pe etape, perioade, cicluri de dezvoltare, foarte diferite sub aspect biologic, fiziologic, psihologic şi educaţional. Acest proces nu se poate realiza decât trecând din etapă în etapă ; nu se poate trece peste nici o etapă, iar fiecare etapă în parte prezintă un set de oportunităţi care favorizează apariţia şi dezvoltarea în condiţii optime a unor seturi de deprinderi şi achiziţii cognitive.

Perioada antepreşcolară (de la 0 la 3 ani) corespunde stadiului inteligenţei senzorio-motorii, având ca activitate dominantă gesturile şi acţiunile mai puţin structurate, urmate de învăţarea limbajului. Se caracterizează prin dezvoltare fizică majoră, adaptare senzorială amplă, formarea percepţiilor, dezvoltarea creierului (a circumvoluţiunilor), o nevoie acută de comunicare în plan afectiv a copilului pentru a se simţi apărat, ocrotit şi iubit. În această perioadă, relaţia adultului cu copilul are la bază o dispoziţie afectivă pozitivă, manifestată prin zâmbet, gesturi jucăuşe, expresii mimice şi expresii verbale („vorbe de alint") care exprimă dragoste, apropiere, bucurie, dăruire totală în apărarea şi îngrijirea copilului. Important este faptul că, atât în timpul sarcinii, cât şi după naştere, copilul nu este imun şi nici indiferent la agresiunile verbale sau fizice dintre părinţi, la suferinţele şi dispoziţiile afective negative ale mamei, la situaţiile de stres pe care mama le trăieşte. Cercetările unor specialişti în domeniu au arătat că, în perioada de dezvoltare intrauterină, copilul are anumite capacităţi senzoriale care îi permit să recepţioneze sunete, stimuli mecanici, tactili şi chimici. După naştere, copilul vine deja cu o experienţă senzorială şi are o capacitate mare de a „comunica" prin intermediul trăirilor afective cu lumea din jur, receptând într-o formă aparte stările emoţionale, efectul traumelor afective suferite de adulţii apropiaţi lui, părinţii în primul rând. Aceste particularităţi ale vieţii psihice din primii ani de viaţă explică anumite tulburări sau forme de retard întâlnite la

unii copii pe măsură ce ei evoluează şi se dezvoltă (spre exemplu, comportamente de tip autistic, instalarea enurezisului după ce şi-a dobândit controlul sfincterian, crize de ataşament sau anxietatea de ataşament evidentă în cazurile de spitalizare etc.). O atenţie deosebită trebuie acordată nevoilor de igienă şi hrană ale copilului deoarece în această perioadă au loc o serie de transformări anatomo-fiziologice şi psihice specifice care, dacă sunt perturbate, vor conduce la întârzieri şi forme de retard în plan intelectual şi psihomotrice. Spre sfârşitul perioadei (în jur de 3 ani) începe să se dezvolte la copil conştiinţa de sine (copilul începe să spună: „eu sunt...", „eu fac...", „eu vreau..." etc.). Are loc o lărgire a ambianţei copilului; dacă la început lumea lui se reducea frecvent la braţele şi sânul mamei, treptat descoperă diversitatea lumii din jurul său, iar pentru el această descoperire echivalează cu o nevoie fundamentală în dezvoltare.

Cu timpul, trebuinţele psihologice vor deveni din ce în ce mai prezente şi vor constitui premise favorabile în susţinerea comunicării şi învăţării. Prin dezvoltarea acuităţii senzoriale se ajunge la crearea de impresii din lumea înconjurătoare şi exprimarea de reacţii corespunzătoare. Senzorialitatea de contact este reprezentată prin gust, miros şi simţul tactil, iar prin dezvoltarea funcţionalităţii analizatorilor se constituie şi se organizează percepţia ca proces de cunoaştere structurată sub forma a două modele: un model perceptiv-contemplativ prezent în primele trei-patru luni şi un model perceptiv--acţional evident încă de la trei luni. Pe măsura dezvoltării experienţei senzorial--perceptive, se stimulează funcţiile mnezice şi devin active reprezentările cu rezonanţe afective. Ca atare, se îmbogăţeşte experienţa copilului şi se produc tot mai frecvente acţiuni bazate pe intenţii. Copilul începe să caute soluţii pentru înlăturarea eventualelor obstacole ce îl împiedică să-şi realizeze intenţia, ajungând la o nouă formă de relaţionare cu mediul, prin intermediul unor forme ale inteligenţei. J. Piaget a descris şase etape în dezvoltarea senzorial-motorie, care determină dezvoltarea psihică şi formarea cadrului general de achiziţie a influenţelor mediului înconjurător:

a) în prima lună de viaţă predomină reflexele, la început cele necondiţionate, apoi, pe baza lor se formează reflexele condiţionate;
b) între lunile 1 şi 4 se produc acomodarea şi coordonarea reflexelor şi se elaborează reflexe tot mai complexe;
c) între lunile 4 şi 8 se adoptă procedee prin care se măresc perioadele de observare a obiectelor din jur sau a persoanelor interesante;
d) până la 12 luni se elaborează treptat forme noi şi din ce în ce mai complexe de adaptare, în care rolul principal îl joacă anticipaţia;
e) de la 12 la 18 luni se elaborează mijloace noi de explorare şi cunoaştere bazate pe experienţa activă;
f) de la 18 la 24 de luni intervin mijloace de achiziţie şi acomodare bazate pe combinaţii mintale ce au mare valoare formativă şi informativă pentru dezvoltarea copilului.

În ceea ce priveşte dezvoltarea mişcărilor, sunt semnificative cele legate de poziţia verticală şi menţinerea echilibrului. Spre sfârşitul primului an, când copilul face primii paşi, se manifestă dorinţa de deplasare ce determină dezvoltarea autonomiei şi a iniţiativei personale, fapt evidenţiat prin perfecţionarea coordonării mişcărilor antrenate în echilibrul deplasării.

Nu în ultimul rând, pentru evoluţia copilului comunicarea constituie unul dintre aspectele fundamentale ale adaptării şi dezvoltării. Comunicarea nu se reduce numai la

realizarea ei prin vorbire (limbaj oral), în această etapă având o mare importanţă şi reacţiile nonverbale în care mimica, gestica, postura şi paralimbajul sunt deosebit de active. De exemplu, la 3-4 săptămâni se manifestă zâmbetul ca expresie a comunicării nonverbale ce are loc prin aşa-numitul „contact vizual" cu cei din jur. La două luni intervin momente în care copilul îşi întrerupe suptul pentru a zâmbi ca răspuns la discursul afectiv al mamei. Ulterior, pe la 4-5 luni, copilul înţelege unele aspecte ale comunicării după mimica şi gestica adultului. Cu timpul, comunicarea nonverbală se subordonează comunicării verbale; gânguritul constituie forma incipientă a vorbirii care cuprinde mai întâi vocale neclare, apoi acestea devin clare (*a*, *e*, *i*, *o*, *u*). După 4 luni se produc articulări de vocale cu consoane şi diferenţierea lor. În jurul vârstei de 5 luni începe procesul de lalaţiune ca fază superioară a gânguritului care se traduce printr-o intensă emisie de repetiţii de silabe. Spre sfârşitul lunii a zecea interesul copilului este evident îndreptat spre cuvinte care devin elementele cele mai importante ale adaptării şi comunicării.

Toate aceste observaţii sunt elemente relativ comune pentru copiii cu vârsta până la un an, dar inevitabil se pot remarca multe diferenţe psihoindividuale. Acestea se manifestă în aspecte dominante ale conduitelor, astfel încât se disting copii nervoşi şi iritabili, care au reacţii vehemente de disconfort, în timp ce alţii sunt toleranţi la anumite frustrări, veseli şi sociabili. Problemele cele mai dificile sunt legate de copiii iritabili. Uneori, aceştia pot fi foarte sensibili şi inteligenţi, dar mai puţin cooperanţi, şi de aici riscul etichetării ca fiind „copii dificili".

În perioada antepreşcolară copilul trăieşte foarte multe experienţe noi şi trece prin numeroase transformări. Nu întâmplător, în ultimele decenii foarte mulţi specialişti invocă rolul, efectele şi oportunitatea intervenţiei timpurii în această perioadă, care oferă posibilităţi şi şanse optime şi reale de recuperare/ameliorare a unor disfuncţii sau tulburări, responsabile ulterior de manifestarea unor dizabilităţi în existenţa copilului.

Perioada preşcolară (de la 3 la 6-7 ani) – corespunde stadiului inteligenţei preoperaţionale, când copilul operează mintal cu imaginile obiectelor şi fenomenelor (gândirea simbolică – între 2 şi 4 ani şi gândirea preoperatorie – între 4 şi 6 ani). Se caracterizează prin efortul copilului de a-şi câştiga propria identitate, de a afla cât mai multe lucruri, de a poseda o serie de obiecte pe care le doreşte să fie numai ale lui, refuzând să le împartă cu ceilalţi[1]. În jurul vârstei de 4 ani copilul este plin de încăpăţânare, utilizând frecvent negaţia (perioada „marii negaţii") ca formă de consolidare a propriei identităţi[2]. Copilul are tendinţa să-i imite pe cei din jur, activitatea dominantă este jocul şi foarte multe lucruri îi pot fi explicate prin intermediul acestuia. De asemenea, jocul facilitează tipuri de relaţii ce se nuanţează şi se diversifică, facilitând interacţiunile din cadrul colectivelor de copii şi o mai fină diferenţiere a conduitelor faţă de alte persoane. Copiii cu deficienţe de intelect sau senzoriale nu ştiu sau nu au abilitatea să se joace şi nu reuşesc să coreleze cu partenerii lor. Jocul este mai sărac în acţiuni şi nu se poate desprinde direcţia spre care evoluează. În genere, ei nu verbalizează şi jocul se desfăşoară după o schemă simplistă, rămânând adeseori în stadiul de manipulare a obiectelor.

1. În această perioadă se dezvoltă aproximativ 50% din capacităţile intelectuale.
2. Această atitudine de negare are importanţa sa pentru conturarea personalităţii copilului; el învaţă să-şi apere identitatea şi autonomia, refuzând ceea ce consideră că îi este străin. În această situaţie părinţii şi adulţii din jur trebuie să fie toleranţi şi să accepte în anumite limite comportamentul copilului, evitând atitudinile agresive şi pedepsele la adresa acestuia.

Începe perioada de socializare a copilului în care acesta trebuie să afle că unele lucruri sunt bune, iar altele sunt rele, unele lucruri trebuie făcute, iar altele nu, că fiecare copil are unele drepturi (de exemplu, să fie ocrotit, îngrijit şi hrănit de părinţi), dar şi obligaţii (să-i respecte pe cei mai mari, să fie politicos, să fie înţelegător cu semenii etc.). Asistăm la o dezvoltare a vieţii interioare a copilului, în această perioadă el experimentând emoţiile şi trăirile lui în raport cu o persoană, cu un obiect sau eveniment din jur.

Copilul traversează o etapă importantă a cunoaşterii prin diversificarea interacţiunilor cu mediul social şi cultural din care asimilează modele de conduită ce determină o integrare tot mai activă în universul social. O dată cu dezvoltarea capacităţilor senzoriale şi perceptive, se structurează noi forme ale memoriei şi imaginaţiei care determină dimensiuni complexe ale trăirilor anticipative şi fantastice. Perceperea realităţii este încărcată emoţional şi alimentează imaginaţia, comportamentele şi strategiile cognitive ce utilizează o simbolistică amplă, ancorată situaţional în realitatea înconjurătoare, imprimând perioadei preşcolare acea unicitate cunoscută sub numele de *vârsta de aur a copilăriei*. Dezvoltarea imaginaţiei îi permite copilului să descopere că, imaginar, el poate să se transpună în orice situaţie, chiar şi fantastică, dar, ulterior, să constate că, în realitate, situaţiile de viaţă sunt mai restrânse şi nu au semnificaţia bănuită. În raport cu această contradicţie se dezvoltă şi dorinţa de a crea, schimba şi transforma viaţa (aceste tendinţe şi dorinţe sunt exprimate foarte bine în desene, jocuri de construcţie sau chiar povestiri libere).

Încă din această perioadă se disting primele diferenţe între fete şi băieţi ; se poate observa o agitaţie mai mare la băieţi, faţă de disponibilităţile de cooperare mai dezvoltate la fete însoţite de o activitate verbală mai bogată, în comparaţie cu o tendinţă de izolare a băieţilor în activităţii de construcţii etc. Ca fenomen al vieţii de relaţie, în această perioadă asistăm la procesul identificării care se realizează în raport cu modelele umane cele mai apropiate, respectiv modele parentale.

Perioada preşcolară este caracterizată, în multe situaţii, de o serie de diferenţe existente între cerinţele din grădiniţă şi cele din familie, ceea ce presupune o mai mare varietate de conduite. Pot apărea şi contradicţii între cerinţele interne, dorinţele, aspiraţiile, interesele copilului şi posibilităţile de a fi satisfăcute. Pe acest plan se dezvoltă negativismul infantil, dar şi asimilarea şi înţelegerea a ceea ce este permis şi a ceea ce nu este permis, a ceea ce este posibil şi a ceea ce nu este posibil, diferenţele dintre bun şi rău.

Părinţii au marea datorie de a urmări dezvoltarea fizică şi psihică a copilului şi, atunci când constată unele manifestări anormale la copiii lor, indiferent de vârsta acestora, de a solicita sprijin de specialitate (medici, psihologi, pedagogi, logopezi, kinetoterapeuţi ş.a.), deoarece sunt situaţii când unele forme de deficienţă au şanse mult mai mari de recuperare la vârste mici.

Perioada şcolară mică (de la 6-7 la 10-11 ani) corespunde substadiului operaţiilor concrete ale gândirii. Se caracterizează prin schimbări fundamentale determinate de noile tipuri de relaţii care se stabilesc în cadrul activităţii de învăţare. Copiii manifestă spirit de cooperare în jocuri, atenţia devine mai stabilă şi apar germenii unei gândiri de tip formal, logic, cu tendinţa spre raţionamente inductive şi deductive, care permit înţelegerea obiectelor, fenomenelor şi evenimentelor din lumea înconjurătoare, construirea unor idei şi judecăţi proprii. În această perioadă o atenţie deosebită trebuie acordată modului în care are loc debutul şcolar, ştiut fiind faptul că un debut şcolar cu probleme de adaptare şi lipsă de suport din partea părinţilor şi educatorilor atrage după sine

dificultăţi de învăţare, tulburări de comportament, eşec şcolar[1], cu toate consecinţele ulterioare. Acest lucru este cu atât mai important în situaţia în care se observă la copil prezenţa unor eventuale tulburări de vorbire (care îl vor determina să evite comunicarea în clasă), a timidităţii, anxietăţii, fricii de eşec, a stărilor de agitaţie psihomotrice etc. Adaptarea copilului la mediul şcolar este un prim pas al adaptării sale viitoare la mediul social ; de aici necesitatea monitorizării evoluţiei copilului în mediul şcolar, prin dialog permanent între familie şi educatori. Dacă în clasele primare nu se observă interes din partea copilului şi preocupare pentru activităţile şcolare, dacă el nu înţelege şi nu achiziţionează un set de deprinderi fundamentale (scris, citit, calcul aritmetic), ulterior va întâmpina dificultăţi serioase în adaptarea la cerinţele mai complexe ale conţinuturilor şi programei şcolare.

Perioada şcolară mijlocie (de la 10-11 la 14-15 ani, denumită şi *pubertate*) corespunde stadiului operaţiilor formale, când elevul reflectează mai mult asupra enunţurilor verbale şi construieşte mult mai uşor raţionamente ipotetico-deductive. Se caracterizează prin ample transformări biologice, fiziologice şi psihologice ca urmare a declanşării unor procese şi fenomene preponderent de natură endocrină[2]. De asemenea, se produce o schimbare a poziţiei celor din jur în procesul de relaţionare, în sensul că părinţii îl privesc (sau ar trebui să-l privească) pe copil ca fiind o fiinţă capabilă să analizeze singură situaţiile. Desigur, nu întotdeauna copilul poate face faţă acestor situaţii, dar trebuie lăsat să găsească singur soluţiile, iar intervenţia părinţilor să se facă doar atunci când sunt solicitaţi de către copil sau când se constată că soluţiile alese de copil sunt total nepotrivite (intervenţia în acest caz trebuie să aibă un caracter prietenos, şi nu dojenitor sau răzbunător). De multe ori părinţii tratează aceste probleme de pe poziţii ferme, iar conflictele dintre ei şi copii se accentuează, putând degenera în agresiuni verbale şi fizice, fuga de acasă, conduite deviante sau delincvenţiale, înrolarea în grupuri sau anturaje nonconformiste şi protestatare faţă de normele şi regulile vieţii sociale, consum de droguri, alcoolism, suicid etc. Spre sfârşitul acestei perioade începe procesul de erotizare al puberului, care, nu de puţine ori, se petrece pe fondul unor puternice conflicte interne declanşate de relaţiile deficitare cu adulţii şi care determină tulburări şi comportamente grave : izolare faţă de cei din jur, acte de agresiune şi autoagresiune, stări nevrotice şi chiar psihoze. În aceste situaţii trebuie evitate atitudinile extreme din partea adulţilor : pe de-o parte, neangajarea, dezarmarea, abandonul, bazate pe ideea că astfel de fenomene sunt inevitabile, şi, pe de altă parte, tutelarea, dirijarea excesivă, posesia afectivă din partea părinţilor, amestecul brutal în viaţa lor, susţinute de intenţia de a-i ajuta printr-un control riguros.

Perioada şcolară mare (de la 14-15 la 18-19 ani, denumită şi *adolescenţă*) se caracterizează printr-o dezvoltare fizică şi intelectuală armonioasă, spirit de observaţie dezvoltat şi o gândire independentă şi creativă. Inteligenţa teoretică îi permite adolescentului să elaboreze judecăţi de valoare, să-şi pună probleme din ce în ce mai complexe şi să le rezolve, efectuând raţionamente de toate categoriile. Idealul de viaţă se conturează tot mai precis, tendinţa de afirmare a personalităţii, de independenţă şi

1. Eşecul şcolar în această perioadă constituie o permanentă sursă de conflict între părinţi şi copii.
2. Această perioadă mai este cunoscută şi sub denumirea de „vârstă a hainelor prea scurte".

autodeterminare se accentuează, nonconformismul devine tot mai pregnant, viaţa afectivă este din ce în ce mai tumultuoasă, iar interesele profesionale devin din ce în ce mai evidente o dată cu creşterea autocontrolului şi autoexigenţei. Datorită experienţei de viaţă relativ limitate şi a dificultăţilor de a identifica unele criterii de autoapreciere corectă, adolescentul are nevoie de consiliere şi susţinere discretă în formularea idealului de viaţă, în perfecţionarea judecăţilor morale şi în dezvoltarea conştiinţei morale. În adolescenţă, conduita revoltei, refuzul de a se supune, de a respinge tot ce este impus, anumite clişee verbale, expresii parazite în limbaj, vestimentaţia specifică (uneori extravagantă), închiderea în sine, abandonul în lumea viselor, indisciplina, actele cu grad mare de risc sunt întâlnite frecvent. Dacă aceste manifestări au o constanţă în timp şi se transformă în obişnuinţe, pot deveni un pericol de alterare a conduitei cu efecte negative asupra activităţii şcolare şi integrării sociale a tânărului.

2.3. Particularităţi ale proceselor psihice şi învăţarea de tip şcolar la elevii cu dizabilităţi

Orice activitate de învăţare, inclusiv cea şcolară, se realizează prin interrelaţia funcţiilor şi proceselor psihice cu accent predominant pe procesele psihice cognitive; astfel, în cunoaşterea elementară se distinge îndeosebi rolul senzaţiilor, percepţiei, atenţiei şi memoriei, aprofundarea cunoaşterii accentuează rolul reprezentărilor, imaginaţiei şi gândirii, iar motivaţia şi comunicarea elev – profesor acţionează în permanenţă ca motor al activităţii psihice. Activitatea de reflectare a realităţii în structurile superioare ale sistemului nervos are un caracter selectiv, iar dezvoltarea intelectuală, ca latură a dezvoltării psihice generale, este ea însăşi condiţionată de felul cum a decurs şi cum decurge activitatea de însuşire a anumitor cunoştinţe şi priceperi.

Arhitectura cognitivă a psihicului uman (totalitatea mecanismelor cognitive necesare şi suficiente pentru realizarea unui comportament inteligent) permite persoanei să înveţe din raporturile sale cu factorii de mediu sau din propria experienţă (învăţarea depinde şi de modul de organizare a bazei de cunoştinţe prealabile). Baza de cunoştinţe are un rol esenţial atât în procesarea secundară a informaţiei senzoriale, cât şi în toate prelucrările care au loc prin intermediul memoriei (modul de organizare a cunoştinţelor în memorie facilitează reactualizarea lor) sau atenţiei (ca funcţie psihică, atenţia, cu toate că nu are conţinut informaţional propriu, facilitează performanţele celorlalte procese psihice, reprezentând în fapt orientarea activităţii intelectuale în raport cu scopurile implicite sau explicite ale învăţării).

În cadrul sistemului psihic uman, interacţiunea tuturor elementelor sale componente este o condiţie obligatorie fără de care activitatea umană, adaptarea la mediu, crearea de valori etc. nici nu ar fi posibile. Îngemănarea celor trei fenomene (gândire, limbaj, memorie) reiese mai întâi din apartenenţa lor la ceea ce numim *intelect*, acel ansamblu de elemente ale psihismului care permite cunoaşterea prin detaşarea de experienţa nemijlocită şi care se constituie treptat, în ontogeneză, prin interacţiunea cu mediul sociocultural. Atenţia apare ca o condiţie primară, de fond, pentru desfăşurarea proceselor de cunoaştere, de autoanaliză şi autoevaluare, precum şi a comportamentelor motorii. Ea nu dispune de un conţinut informaţional specific, ci asigură declanşarea,

menţinerea şi optimizarea proceselor psihice cognitive. Se poate spune că atenţia este un nod-releu al vieţii şi activităţii psihice.

Mecanismele fiziologice ale gândirii şi limbajului, legăturile dintre aceste procese psihice au fost scoase şi mai mult în evidenţă de către I.P. Pavlov, prin elaborarea teoriei sale privind cele două sisteme de semnalizare. Astfel, dacă senzaţiile şi reprezentările noastre, care se referă la lumea înconjurătoare, reprezintă pentru noi semnale concrete (primele semne ale realităţii), atunci vorbirea şi, în special, excitaţiile kinestezice, care vin la scoarţa cerebrală de la organele de vorbire, reprezintă semnale de ordinul al doilea, adică semnale ale semnalelor, o abstractizare a realităţii care permite generalizări, fapt ce constituie gândirea noastră superioară specific umană. Al doilea sistem de semnalizare participă în mod nemijlocit în acţiunile voluntare şi este reglatorul conduitei umane. În urma instrucţiunii verbale primite la nivelul scoarţei cerebrale, instanţa celui de-al doilea sistem de semnalizare, se actualizează legăturile corticale corespunzătoare şi, prin mijlocirea lor, se schiţează latent diferitele acţiuni pe baza unei „comenzi" din instanţa celui de-al doilea sistem de semnalizare. Întrucât aceste acţiuni sunt efectuate numai la nivelul gândirii, forma exterioară a mişcării este inhibată. În schimb, prezenţa procesului latent din organul efector este dovedită de apariţia unor curenţi de acţiune specifici. Majoritatea operaţiilor logice se sprijină pe codarea lingvistică a informaţiei asupra căreia operează. Performanţele intelectuale (memorarea, înţelegerea, raţionamentul, rezolvarea de probleme) sporesc semnificativ prin dobândirea limbajului. Cu toate că limbajul are o funcţie importantă în cunoaştere, acestea din urmă nu se realizează numai prin structurile lingvistice. Gândirea şi limbajul sunt indisolubil legate şi se presupun reciproc ; funcţia esenţială a limbajului este de a servi drept mijloc de comunicare, iar cea a gândirii – de a cunoaşte existenţa.

Analizând specificul proceselor psihice la elevii cu diferite tipuri de deficienţă, vom descoperi câteva particularităţi cu implicaţii majore în activitatea didactică desfăşurată cu aceştia. Dacă în condiţii normale de dezvoltare şi funcţionalitate a analizatorilor dependenţa de senzaţii a celorlalte procese cognitive poate trece neobservată, în situaţii speciale de blocare, diminuare sau suprimare a canalelor senzoriale, mai ales a celor auditive şi vizuale, calitatea proceselor cognitive este dependentă în mare măsură de calitatea şi aportul aferenţelor senzoriale.

Senzaţiile sunt definite ca „procese psihice de semnalizare şi reflectare, prin intermediul aferenţelor unui singur analizator, a proprietăţilor simple şi separate ale obiectelor şi fenomenelor, în forma unor imagini directe, elementare" (Popescu-Neveanu, 1978). Orice persoană prezintă o sensibilitate exteroceptivă (pentru semnalele venite din afara organismului), o sensibilitate interoceptivă (semnalele venite de la organele interne) şi o sensibilitate proprioceptivă (semnale venite de la receptorii specifici din muşchi, tendoane şi articulaţii). În acelaşi timp, sensibilitatea este dependentă de integritatea şi maturizarea căilor nervoase ; prin urmare, la un copil cu deficienţă mintală de etiologie patologică sau exogenă, există o mare probabilitate de diminuare a sensibilităţii, fapt confirmat în realitate de prezenţa la aceşti copii a unor praguri ridicate în cazul sensibilităţii absolute, dar mai ales în cazul sensibilităţii diferenţiale.

Afectarea sensibilităţii normale reprezintă una dintre trăsăturile care pot fi constatate de timpuriu la deficientul mintal şi care va exercita o influenţă negativă asupra activităţii senzorial-perceptive şi a formării în continuare a capacităţilor cognitive ale acestuia.

În cazul copiilor cu deficienţe senzoriale parţiale (hipoacuzici şi ambliopi), accentul se pune pe sensibilitatea reziduală a analizatorului lezat pentru antrenarea şi dezvoltarea sistematică a acestei sensibilităţi în activitatea de învăţare. În acest demers, un important rol aparţine mijloacelor tehnice de protezare, utilizării unor materiale auxiliare (inclusiv materiale didactice care să faciliteze receptarea informaţiei şcolare), precum şi exerciţiilor de stimulare a analizatorului lezat pentru o mai bună corelare funcţională cu restul analizatorilor valizi.

În cazul persoanelor cu deficienţe senzoriale profunde[1], la care protezarea nu mai este posibilă, accentul se pune pe stimularea susţinută a funcţionării celorlalţi analizatori cu ajutorul cărora se realizează aportul informaţional; de asemenea, este necesară stimularea limbajului verbal (oral şi scris), precum şi prevenirea apariţiei şi consolidării unor tulburări secundare în planul dezvoltării intelectuale, afective şi în planul structurării personalităţii.

Cunoscând aceste realităţi şi valorificând mecanismele de compensare, se pot obţine performanţe senzoriale deosebite[2], cu implicaţii în mişcare, în orientare, în comunicare. Organizarea activităţii şcolare trebuie să urmărească scăderea treptată, pe baza exerciţiului zilnic, a pragurilor sensibilităţii, dezvoltarea şi menţinerea unei sensibilităţi optime a analizatorilor valizi.

Percepţia este definită ca un proces cognitiv primar, de reflectare a obiectelor şi fenomenelor în totalitatea însuşirilor lor, în momentul când acestea acţionează asupra analizatorilor noştri. Calitatea percepţiei, ca şi cea a senzaţiilor depind atât de caracteristicile reale ale obiectelor şi fenomenelor percepute, cât şi de starea funcţională a analizatorilor implicaţi în actul perceptiv, de preocupările, interesele şi experienţa perceptivă a persoanei. De asemenea, percepţia este o conduită psihologică mai complexă, bazată în mare măsură pe experienţa noastră personală şi socială, o interpretare a realităţii, deci o stare subiectivă care implică întreaga personalitate (vezi Sillamy, 1996).

La copiii cu deficienţe mintale, percepţia are un caracter fragmentar, incomplet, limitat, rigid, dezorganizat; dificultăţile de analiză şi sinteză determină confuzii şi imposibilitatea delimitării clare a unor detalii din câmpul perceptiv sau incapacitatea reconstruirii întregului pornind de la elementele componente. Îngustimea câmpului perceptiv (perceperea clară a unui număr mai mic de elemente pe unitatea de timp, prin comparaţie cu un individ normal) afectează foarte mult orientarea în spaţiu şi capacitatea

---

1. Se cunoaşte cazul unor personaje celebre care au impresionat prin performanţele lor, evidenţiindu-se nu numai printr-o remarcabilă adaptare la mediu, dar şi prin participarea activă la viaţa socioculturală şi chiar prin creaţii personale: marele compozitor L. van Beethoven (rămas fără auz în perioada sa de glorie, când a compus cele mai valoroase opusuri), americanca Helen Keller (nevăzătoare şi surdă), rusoaica Olga Scorohodova (nevăzătoare, surdă şi cu sensibilitatea tactilă parţial abolită), românul Vasile Adamescu (nevăzător şi surd, renumit profesor, licenţiat al secţiei de psihopedagogie specială la Universitatea din Cluj-Napoca), italianul Andrea Boccelli, americanul Ray Charles şi exemplele ar mai putea continua cu mulţi alţii.
2. Când deficienţa senzorială nu se grefează pe afecţiuni difuze ale sistemului nervos central, există numeroase exemple de remarcabilă activare compensatorie a funcţionării celorlalţi analizatori – persoane lipsite total de auz care participă la conversaţii libere cu auzitorii, prin intermediul recepţiei vizuale care favorizează citirea labio-facială sau labiolectura; persoane lipsite total de vedere care evită obstacole neaşteptate prin intermediul aşa-numitului „al şaselea simţ" (exerciţiu permanent de antrenare a atenţiei corelat cu creşterea sensibilităţii tactile, termice şi vibratorii, mai ales în zona feţei şi a palmelor).

intuitivă de a stabili relaţii între obiectele din jur. Constanţa percepţiei de formă, mărime, greutate şi natura materialului din care este confecţionat un obiect, la copilul cu deficienţă mintală, se realizează într-un ritm foarte lent şi cu mari dificultăţi, comparativ cu perceperea culorilor, care se realizează relativ mai uşor. Insuficienţele perceptive la subiecţii cu deficienţă mintală pot fi accentuate şi de explorarea nesistematică, haotică a realităţii, de activism exploratoriu limitat şi rigid, de interacţiunea deficitară cu alţi factori (memoria operaţională, structurarea spaţială etc.).

În opinia autorului V. Preda (1992), la copiii cu deficienţe parţiale de văz, percepţia este lipsită în mare măsură de caracterul instantaneu şi de automatizare; din cauza limitării indicilor funcţionali ai vederii (în special câmpul vizual, acuitatea vizuală), imaginea perceptivă rămâne în mare măsură imprecisă, parcelară, ceţoasă, afectând memoria vizuală operaţională şi structurarea perceptiv-motrice a spaţiului grafic. Elevii ambliopi manifestă frecvent tendinţa compensatorie de a însoţi sau de a înlocui explorarea vizuală printr-o investigaţie tactil-kinestezică; în plus, aceştia trebuie să depună un efort suplimentar de concentrare şi de mobilizare a experienţei anterioare pentru a fi în măsură să opereze cu imaginea vizuală.

Particularităţile sensibilităţii şi ale percepţiei amintite anterior influenţează nemijlocit eficienţa activităţilor de învăţare desfăşurate cu elevii care prezintă deficienţe, însă există şi o influenţă indirectă, mediată prin reprezentări, care, în condiţii educative necorespunzătoare, preiau şi chiar amplifică particularităţile respective cu efecte directe asupra gândirii.

Reprezentările exprimă rezultatul experienţei şi învăţării senzorial-perceptive, consecutiv unui proces de semnalizare în forma unor imagini unitare, schematice a însuşirilor concrete şi a caracteristicilor obiectelor şi fenomenelor, în absenţa acţiunii directe a acestora asupra analizatorilor; pot fi definite şi ca imagini secundare ale realităţii care reflectă un anumit grad de generalitate şi selectivitate. Caracterul mai mult sau mai puţin cuprinzător al reprezentărilor depinde în mare măsură de calitatea activităţilor perceptive; ne reprezentăm nu numai obiecte şi fenomene care stau la baza constituirii noţiunilor concrete (inclusiv a unei părţi însemnate din vocabularul copilului), ci şi procese, acţiuni, relaţii care sunt puternic implicate în operaţiile gândirii. Prin conţinutul lor, reprezentările au multe în comun cu percepţia şi imaginaţia, în timp ce prin mecanismele formării şi funcţionării lor se apropie mai mult de gândire şi limbaj, fiind în strânsă legătură cu funcţia semiotică (nu întâmplător denumită de multe ori şi *funcţia de reprezentare*). La copiii cu dizabilităţi, independent de categoria din care fac parte, toate aspectele menţionate până acum sunt afectate, iar eficienţa lor în activitatea de învăţare este diminuată semnificativ în comparaţie cu elevii fără deficienţe.

Calitatea reprezentărilor la copiii cu deficienţe senzoriale depinde în mare măsură de calitatea reacţiilor compensatorii (mobilizarea sensibilităţilor reziduale, restructurarea schemelor funcţionale şi de interacţiune a analizatorilor) şi de momentul instalării deficienţei; astfel, putem avea situaţii în care reprezentările auditive sau vizuale să lipsească dacă deficienţa s-a instalat la naştere şi situaţii în care reprezentările să fie prezente şi utilizabile în activitatea cognitivă, dacă deficienţele au apărut la vârste mai mari. În acest ultim caz un obiectiv important al strategiilor educative constă în organizarea activităţilor de învăţare în aşa fel încât reprezentările reziduale respective (de vedere sau de auz) să fie cât mai bine conservate pentru a le putea valorifica în cât mai multe scheme şi noi structuri cognitive. Uneori, în cazul copiilor cu deficienţe senzoriale, se pot întâlni dezechilibre pseudocompensatorii între nivelul dezvoltării reprezentărilor

şi cel al altor funcţii psihice cu care interacţionează; astfel, la copiii nevăzători, în condiţiile absenţei reprezentărilor vizuale şi ale unei educaţii greşite, se poate produce o dezvoltare excesivă a vocabularului activ[1] fără a avea o suficientă acoperire în reprezentări concrete de spaţiu, de timp, de mişcare, de orientare etc. (decalaj mare între reprezentările efectiv existente şi cunoaşterea verbală).

În cazul copiilor cu deficienţe mintale, formarea reprezentărilor se desfăşoară sub influenţa negativă a unor afecţiuni mai puţin localizate, comparativ cu cei care prezintă deficienţe senzoriale, dar mai extinse şi cu caracter mai difuz, influenţând negativ desfăşurarea proceselor analitico-sintetice, diminuând capacitatea de abstractizare şi generalizare, sensibilitatea, eficienţa coordonărilor funcţionale etc. Cercetările în domeniu au evidenţiat câteva caracteristici ale reprezentărilor la copiii cu deficienţe mintale, mai ales la cei din clasele mici, unde experienţa cognitivă şi limbajul implicat în precizarea reprezentărilor sunt încă slab dezvoltate: caracter îngust şi unilateral (sărăcia bagajului de reprezentări), slaba diferenţiere între reprezentările din aceeaşi categorie (asemănătoare între ele), estomparea diferenţelor între reprezentări sau chiar deformarea lor în timp, rigiditate, lipsă de dinamism şi flexibilitate, insuficientă corelare cu experienţa personală, pierderea treptată a specificului reprezentărilor deja formate, reproducerea în desene cu greutate şi inexactitate a elementelor spaţiale (poziţie, mărime, formă), ceea ce atestă dificultăţi deosebite în reprezentarea spaţiului.

Una dintre condiţiile de bază în formarea reprezentărilor corecte şi statornice la elevii cu deficienţe constă în asigurarea contactului direct şi activ cu obiectele şi fenomenele studiate sau cu înlocuitorii acestora (modele, imagini, mulaje, schiţe etc.). Altfel spus, sunt necesare o permanentă orientare intuitiv-activ-practică a procesului didactic şi utilizarea unei diversităţi de materiale şi mijloace didactice utile în explicarea şi înţelegerea conţinuturilor sau completarea informaţiilor lacunare.

Gândirea, prin caracteristicile şi mecanismele sale, se profilează ca o activitate psihică extrem de complexă, având la bază un „proces conjunctiv de însemnătate centrală în reflectarea realului care, prin intermediul abstractizării coordonate în acţiuni mentale, prelucrează informaţii despre relaţiile categoriale şi determinative în forma conceptelor, judecăţilor şi raţionamentelor" (Popescu-Neveanu, 1978). Gândirea reprezintă un proces psihic fundamental pentru cunoaştere şi se bazează pe o serie de operaţii intelectuale proprii: analiza, sinteza, compararea, abstractizarea, generalizarea, clasificarea, concretizarea etc.; se dezvoltă pe parcursul etapelor/stadiilor de maturizare a proceselor intelectuale (după J. Piaget: stadiul inteligenţei senzorio-motorii – 0-2 ani; stadiul inteligenţei preoperaţionale – 2-7 ani; stadiul operaţiilor concrete – 7-11/12 ani; stadiul operaţiilor formale/abstracte – 11/12-18 ani). De asemenea, utilizează două mari categorii de formule (algoritmice – operaţii standardizate şi rezolvări-tip; euristice – sisteme de operare plastice şi deschise care conduc la rezolvări originale) pentru operaţiile de raţionament inductiv şi deductiv, reversibilitate, transfer şi rezolvare de probleme, având drept rezultat formarea unui bagaj cognitiv bazat pe concepte şi noţiuni ca expresie a

1. În cazul elevilor nevăzători, la care vocabularul activ este foarte bogat, întâlnim o serie de erori în practica educaţională: tendinţa educatorului de a folosi în exces metodele verbale în detrimentul folosirii metodelor intuitive şi a mijloacelor şi materialelor didactice (fără acestea nu se poate asigura o învăţare eficientă) şi riscul evaluării eronate a achiziţiilor cognitive (elevul verbalizează foarte bine conţinuturile învăţării, dar fără să le înţeleagă în esenţa lor).

prelucrării şi valorificării superioare a produsului cogniţiei primare (reprezentările), în strânsă legătură cu informaţia mediată prin limbaj.

În cazul persoanelor cu deficienţe, gândirea capătă o serie de particularităţi care determină scăderea eficienţei intelectuale sub nivelul minim al adaptabilităţii la solicitările mediului. Astfel, putem vorbi despre inconsecvenţa gândirii sau lipsa de coerenţă, pierderea treptată a capacităţii de concentrare şi efort (spre exemplu, elevul începe corect o activitate – rezolvarea unei probleme accesibile –, dar la prima greşeală întâmplătoare, în virtutea inerţiei, există riscul de a se abate de la rezolvarea corectă, alunecând pe o pistă falsă din cauza unor eventuale asemănări între procedeele cu care fost deprins anterior). De asemenea, întâlnim elevi care manifestă spirit de observaţie redus, slabă manifestare a interesului, insuficientă curiozitate, ceea ce influenţează negativ procesul antrenării lor în activitatea cognitivă, inclusiv în activităţile de învăţare în clasă), limitarea evidentă a operaţiunilor mintale, numeroasele stereotipii prezente în comportament şi în comunicare, sărăcia exemplificărilor originale, dificultăţile de aplicare în practică şi de transfer al achiziţiilor realizate anterior, lipsa de coordonare a activităţilor etc.

La copiii cu deficienţe mintale, principalele caracteristici ale gândirii sunt : *vâscozitatea genetică*[1] (manifestare a tulburărilor complexe în dinamica dezvoltării intelectuale, caracterizată prin numeroase inegalităţi şi oscilaţii concretizate într-o evoluţie încetinită, greoaie, inconsistentă şi neterminată), *rigiditatea reacţiilor şi a comportamentului adaptiv*, consecinţă a dereglării mobilităţii proceselor corticale de excitaţie şi inhibiţie (efectele constau în dificultăţi accentuate de abstractizare şi generalizare, concretism excesiv al gândirii, perseverare în acelaşi tip de activitate). În contextul activităţilor educative, una dintre sarcinile prioritare ale învăţământului pentru elevii cu deficienţe mintale constă în prevenirea şi combaterea manifestărilor de inerţie (altfel spus, în stimularea activismului şi criticismului gândirii) şi în dirijarea comportamentului lor. Lipsa de îndrumare şi suport, în condiţiile afectării nivelului de discernământ datorate caracteristicilor evocate anterior, poate determina, pe lângă dificultăţi majore în procesul didactic, creşterea alarmantă a frecvenţei tulburărilor de conduită cu efecte directe asupra integrării lor sociale.

În cazul copiilor cu deficienţe senzoriale există premise favorabile pentru o evoluţie normală a gândirii ce trebuie valorificate de timpuriu prin stimularea mecanismelor compensatorii care să diminueze consecinţele negative ale deprivării senzoriale specifice. La elevii nevăzători, absenţa intervenţiei timpurii conduce la formarea unor reprezentări inexacte sau false, formarea unor noţiuni lacunare, dezvoltarea unei gândiri predominant verbale, şubredă sub aspectul conţinutului intuitiv-practic şi al suportului operaţional, adesea îndepărtată de realitatea înconjurătoare. La deficienţii de auz, atunci când demutizarea are loc la vârste mici, însuşirea comunicării verbale asigură un traseu şi un ritm obişnuit de dezvoltare a gândirii ; dacă procesul demutizării întârzie, comunicarea se reduce frecvent la limbajul mimico-gestual, lipsit de bogăţie semantică, de operativitatea şi supleţea limbajului verbal, iar conţinutul gândirii nu se poate desprinde de concretul nemijlocit, operaţiile superioare fiind efectuate cu dificultate şi la un nivel de complexitate mai redus.

1. În studiile sale, L.S. Vîgotski a demonstrat că, la nivelul deficientului mintal, *zona proximei dezvoltări* este limitată şi cu atât mai restrânsă, cu cât gravitatea deficitului intelectual este mai mare ; astfel, subiecţii care prezintă deficienţe mintale fac paşi mărunţi, lenţi şi nesiguri în evoluţia lor intelectuală.

În cazul celorlalte categorii de deficienţe şi tulburări (fizice, de limbaj, de comportament), dacă starea lor nu este agravată de afecţiuni cerebrale, atunci nu există motive pentru ca procesele lor cognitive, inclusiv gândirea, să prezinte abateri de la traseul şi parametrii normali ai dezvoltării. Experienţa practică demonstrează că în foarte multe dintre aceste cazuri intervine o perturbare a operaţiilor gândirii ca o consecinţă a manifestării efectelor deficienţei principale (diminuarea accesului la informaţie şi a posibilităţilor de prelucrare a acesteia, capacitate redusă de automobilizare la activitate, diminuarea relaţiilor interpersonale, izolare/autoizolare etc.), retardul intelectual de intensitate mai mică sau mai mare instalându-se în timp şi fiind o deficienţă secundară asociată.

Ca urmare a caracteristicilor menţionate, gândirea deficienţilor îşi pierde frecvent rolul de coordonare asupra activităţii desfăşurate de aceştia. Atunci când primesc o sarcină de rezolvat, ei nu o analizează suficient, nu-şi stabilesc în prealabil momentele/reperele principale ce urmează a fi parcurse, trecând direct, impulsiv la rezolvare, orientându-se după elemente întâmplătoare, după asemănări de formă cu alte situaţii etc. Altfel spus, elevilor cu deficienţe le lipseşte adesea momentul de orientare în sarcina primită, adică de judecare suficientă, în prealabil, a condiţiilor de rezolvare a sarcinilor respective. Dacă aceste fenomene sunt prevenite sau înlăturate de timpuriu, concomitent cu aplicarea unor programe de terapie şi stimulare a capacităţilor intelectuale, procesul de gândire va urma un traseu favorabil cu rol deosebit în structurarea şi echilibrarea întregii personalităţi.

Imaginaţia este considerată un proces, aparţinând cogniţiei superioare, analog cu gândirea, de operare cu imagini mintale, de combinare sau structurare imagistică, prin care acţionăm asupra realului, posibilului, viitorului şi tindem să producem noul, sub forma unor planuri iconice sau proiecte. Imaginaţia se află în strânsă legătură cu gândirea divergentă, a cărei principală caracteristică o reprezintă mobilitatea ; ea interacţionează cu reprezentarea şi limbajul, procesele numerice, stările motivaţionale, afective ale individului şi cu alte laturi ale personalităţii, contribuind din plin la imprimarea originalităţii acestuia. Ca şi gândirea, imaginaţia este şi ea mai mult sau mai puţin afectată la copiii cu deficienţe, din cauza sărăciei şi caracterului lacunar al bagajului de reprezentări, a insuficientei dezvoltări a limbajului şi gândirii, din cauza rigidităţii reacţiilor adaptive.

La copiii cu deficienţe senzoriale, insuficienţele imaginaţiei se pot datora absenţei sau diminuării accentuate a unor modalităţi senzorial-perceptive şi dificultăţilor în dobândirea informaţiilor, la cei cu deficienţe locomotorii imaginaţia poate fi afectată de unele limitări ale câmpului de acţiune care implică şi limitări ale propriei experienţe cognitive. În condiţii favorabile de mediu şi de educaţie, imaginaţia, fiind mai puţin afectată, poate juca un rol compensator, mai ales în sensul stimulării unor capacităţi de creaţie în domeniul artistic, literar, muzical sau tehnic.

Imaginaţia este puternic afectată mai ales la copiii cu deficienţe mintale din pricina sărăciei şi structurii lacunare a bagajului de reprezentări, a caracterului rudimentar al funcţiei semiotice, nedezvoltării limbajului datorate capacităţii mnezice limitate, inerţiei şi rigidităţii reacţiilor adaptive. În consecinţă, sunt aproape inexistente fantezia, creativitatea, iniţiativa, previziunea etc.

O problemă aparte o reprezintă necesitatea prevenirii formelor pseudocompensatorii ale imaginaţiei la persoanele cu deficienţe, manifestate adesea prin tendinţa unora de a ocoli realitatea, refugiul într-o reverie pasivă, demobilizare ; de asemenea, trebuie

combătute manifestările de pseudocreativitate concretizate în minciună şi confabulaţie şi tendinţele de supraapreciere care conduc la ruperea contactului cu realitatea şi apariţia unor dificultăţi suplimentare de adaptare şi integrare socială.

În context didactic, imaginaţia joacă un rol important atunci când noile conţinuturi ale învăţării nu sunt accesibile cunoaşterii directe sau cu ajutorul unor elemente substitutive, educatorii fiind nevoiţi să recurgă mai ales la metode verbale, când se studiază dinamica în timp a unor fenomene, când elevii sunt solicitaţi să construiască sau să reconstituie în plan mintal un fenomen sau o suită de relaţii, când sunt studiate procesele interne ale unui mecanism sau sistem în interiorul căruia nu se poate pătrunde (spre exemplu, lecţiile de biologie sau geografie unde sunt descrise fenomene sau zone inaccesibile observaţiei nemijlocite, lecţiile de istorie unde sunt invocate evenimente din trecut cu înlănţuirea lor temporală şi cauzală, geometrie şi activităţile practice unde sunt folosite modele în relief sau reduse la o anumită scară de mărime etc.). Se recomandă evitarea utilizării excesive a metodelor verbale în activitatea de predare, folosirea procedeelor intuitiv-practice şi activ-participative, formarea la elevi a unor algoritmi de utilizare a mijloacelor schematice şi simbolice specifice anumitor discipline sau activităţi şcolare (geometrie, desen, citit-scris, activităţi la care se utilizează semne convenţionale, hărţi, schiţe grafice, prototipuri, machete etc.).

Memorarea este procesul de formare a legăturilor nervoase temporare la nivelul scoarţei cerebrale şi de fixare a informaţiilor asimilate şi prelucrate la nivel cognitiv. În funcţie de prezenţa sau absenţa înţelegerii materialului de memorat distingem *memorarea mecanică* şi *memorarea logică*, iar în funcţie de prezenţa sau absenţa scopului mnezic şi a procedeelor mnemonice folosite memorarea poate fi *involuntară* sau *voluntară* ; între aceste forme ale memoriei nu există raporturi de opoziţie. Există o serie de factori care facilitează memorarea într-o activitate de învăţare, inclusiv la elevii cu deficienţe : interesul pentru învăţare sau înţelegerea scopului învăţării şi a utilităţii celor ce trebuie memorate, activismul sau învăţarea prin acţiune, prin rezolvarea de situaţii-problemă, prin efort de analiză şi organizare a materialului de învăţat, desfăşurarea activităţilor cognitive pe un fond emoţional optim.

Una dintre caracteristicile cele mai evidente ale proceselor mnezice la copilul deficient o reprezintă fidelitatea redusă a memoriei, care se manifestă nu numai prin inexactităţi în reproducere, dar şi ca urmare a unor interferenţe care se produc între informaţii apropiate ca sens sau provenite din contexte asemănătoare. De asemenea, diminuarea fidelităţii memoriei poate fi determinată şi de unele greşeli comise în activităţile didactice : ritm prea rapid sau, dimpotrivă, încetinit în derularea exerciţiilor de învăţare, lipsa de echilibru în utilizarea metodelor şi mijloacelor de predare-învăţare (verbale, intuitive, practice), tendinţa de a solicita elevilor simpla reproducere a cunoştinţelor, acordarea unei atenţii insuficiente evaluării continue. Rezultatele oricărei activităţi de învăţare sunt pozitive numai dacă la momentul oportun cele învăţate pot fi reactivate din memorie pentru a fi folosite în practică ; prin urmare, este necesar ca în activităţile de învăţare educatorii să-i ajute pe elevi să înţeleagă conţinuturile, să memoreze şi să organizeze informaţiile stocate prin exerciţii de repetare sistematică, de transfer, de punere în practică etc.

Atenţia reprezintă o formă superioară de activizare psihologică prin care se asigură desfăşurarea optimă a proceselor cognitive şi a oricărei activităţi destinate atingerii unui

scop. Ca şi în cazul memoriei, atenţia eficientă se caracterizează printr-o serie de însuşiri care, atunci când sunt temeinic exersate şi consolidate, pot fi considerate adevărate aptitudini, respectiv concentrarea, mobilitatea şi distributivitatea. Un criteriu de clasificare a atenţiei îl constituie natura reglajului ; astfel, distingem *atenţia involuntară* (spontană) şi *voluntară* (intenţionată). De asemenea, se vorbeşte şi despre *atenţie postvoluntară*. La elevul deficient, atenţia involuntară este cea care poate fi captată şi menţinută cu oarecare uşurinţă. În ceea ce priveşte atenţia voluntară, ea este superioară prin eficienţa pe care o asigură activităţilor psihice, îndeosebi activităţilor cognitive, dar prezintă şi unele dezavantaje, în sensul că oboseala apare mai repede, capacitatea de concentrare scade, îndeosebi în cazul persoanelor cu sistem nervos fragil şi fatigabilitate crescută. Atenţia postvoluntară dobândeşte o mare valoare compensatorie şi educativă prin exersarea îndelungată a deprinderii de a fi atent, mai ales în timpul unor activităţi, practice, manuale, implicate iniţial în contexte ludice, dar apoi, treptat, şi în situaţii obişnuite de viaţă. În cazul elevilor cu deficienţe, capacitatea de concentrare a atenţiei înregistrează fluctuaţii ; astfel, la lecţii şi la alte activităţi şcolare, aceştia nu reuşesc să se concentreze optim pe desfăşurarea principalelor etape, unii dintre ei fiind distraşi de apariţia unor elemente colaterale, alţii rămânând fixaţi din pricina inerţiei specifice, iar alţii pierzând şirul desfăşurării logice din cauza instalării premature a oboselii. O altă trăsătură a atenţiei o constituie capacitatea de cuprindere, volumul acesteia, respectiv cantitatea de elemente asupra cărora o persoană se poate orienta şi concentra în aceeaşi secvenţă de timp. La şcolarul cu deficienţe psihomotrice, atenţia este mai scăzută. Atât la copilul deficient, unde volumul atenţiei este mai redus, cât şi la cel normal, acest volum poate fi influenţat pozitiv prin asigurarea câtorva condiţii favorizante : corelarea exerciţiilor de creştere a volumului atenţiei cu exerciţii de stimulare a capacităţii mnezice, a dezvoltării vocabularului şi a bagajului de reprezentări.

Investigarea proceselor psihice implicate în activitatea de învăţare reprezintă una dintre preocupările constante, mereu în actualitate şi de mare importanţă. Nu întâmplător John Dewey considera educaţia un proces al vieţii, şi nu o pregătire pentru viaţă, iar şcoala este cea care trebuie să reprezinte viaţa actuală, viaţa tot atât de reală şi de vitală pentru copil ca aceea pe care o experimentează zilnic în familia sa, cu vecinii săi sau la locurile de joacă.

2.4. Aspecte privind personalitatea persoanelor cu dizabilităţi

Atunci când ne propunem să cunoaştem viaţa psihică a unei persoane, cu sau fără dizabilităţi, putem aborda mai multe perspective. Astfel, perspectiva biologică ne ajută să stabilim o legătură între acţiunile umane şi modificările biochimice care au loc în interiorul organismului la nivelul sistemului nervos şi, în special, la nivel cerebral. Perspectiva behavioristă ne ajută să identificăm şi să înţelegem activităţile exteriorizate ale organismului, activităţi care pot fi observate şi măsurate. Perspectiva cognitivă ne ajută să punem în relaţie o serie de procese psihice (percepţia, raţionamentul, luarea deciziei şi rezolvarea problemelor etc.), prin stabilirea legăturilor existente între acestea şi comportamentul uman. Perspectiva psihanalitică subliniază rolul motivaţiei inconştiente şi, mai ales, efectul refulărilor anumitor impulsuri din copilărie în conduita noastră actuală. Perspectiva fenomenologică se concentrează asupra trăirii subiective a experienţei şi

asupra motivaţiei în vederea autorealizării. Altfel spus, activitatea psihică umană şi procesul de analiză a particularităţilor personalităţii pot fi studiate din mai multe puncte de vedere.

Personalitatea, definită la modul general ca o structură complexă şi dinamică de disponibilităţi generale şi caracteristice pe care le exprimă o persoană în raport cu cei din jur şi care contureazǎ identitatea ei specifică, se caracterizează prin câteva trăsături fundamentale: stabilitate (modalitate de exteriorizare şi de trăire interioară relativ neschimbată în timp), integrare (consolidarea unei unităţi şi totalităţi între componentele structurale) şi plasticitate (reprezintă posibilitatea de reorganizare a personalităţii, astfel încât individul să poată face faţă unor schimbări capitale ale condiţiilor de viaţă şi să se poată adapta la ele).

În mod tradiţional, personalitatea era redusă la studierea particularităţilor temperamentului, caracterului şi aptitudinilor. Studiile din ultimul timp au oferit noi definiţii şi accepţiuni acestui concept, fiind luate în discuţie o serie de elemente care permit identificarea mai multor componente structurale. Astfel, într-o viziune structural-sistemică, personalitatea include mai multe subsisteme:

- subsistemul de orientare al personalităţii în care sunt cuprinse procesele motivaţionale şi afective;
- subsistemul bioenergetic care include temperamentul;
- subsistemul instrumental care cuprinde deprinderile, capacităţile şi aptitudinile;
- subsistemul relaţional şi de autoreglare în care este inclus caracterul;
- subsistemul creativ care include creativitatea;
- subsistemul cognitiv şi comunicaţional în care sunt incluse procesele cognitive şi limbajul;
- subsistemul acţional-volitiv la care participă voinţa şi care determină caracteristicile specifice ale activităţii persoanei.

În lucrarea *Dinamica personalităţii*, M. Golu (1993) propune o împărţire a sistemului personalităţii după criteriul designativ-informaţional, deosebind următoarele procese:

- sfera proceselor cu funcţie de designare-semnalizare – cognitive, motivaţionale şi afective;
- sfera proceselor de fixare, păstrare şi actualizare – memoria;
- sfera proceselor de explorare, investigare, orientare, concentrare, acumulare – atenţia;
- sfera proceselor de reglare şi autoreglare – voinţa;
- sfera proceselor de comunicare, exteriorizare şi transmitere – limbajul.

Totalitatea subsistemelor şi proceselor prezentate trebuie studiată atât sub aspect static, cât şi dinamic, structural şi funcţional, pentru a putea surprinde cât mai complet şi exact complexitatea personalităţii în ansamblul ei.

În lucrarea intitulată *Psihopedagogia dezvoltării şcolarului cu handicap*, Gh. Radu (1999) subliniază că un aspect foarte important ce are în vedere relaţia învăţare – dezvoltare la elevii cu dizabilităţi, în perspectiva recuperării acestora, se referă la faptul că diversele afecţiuni sau tulburări, care influenţează structura şi dinamica personalităţii lor, se plasează într-o anumită ierarhie, unele dintre ele având un caracter primar, ca rezultat nemijlocit al lezării organismului, iar altele, un caracter derivat (secundar sau terţiar) care se adaugă ulterior, ca rezultat al interacţiunii dintre organismul afectat primar şi factorii de mediu. Dereglările derivate reprezintă, de fapt, tulburări dobândite în condiţiile specifice ale dezvoltării, adică în prezenţa unor factori perturbatori/dereglatori ai acesteia. În literatura de specialitate ele mai sunt numite fie abateri în dezvoltare, fie

disontogenii (dereglări ale procesului de structurare a personalităţii în ontogeneză), fie întârzieri în dezvoltare. Mai trebuie menţionat faptul că între tulburarea primară şi consecinţele sale secundare în planul dezvoltării există o interacţiune complexă, rezultatele acestei interacţiuni depinzând, în mare măsură, de condiţiile de mediu, precum şi de activismul sau pasivitatea cu care persoana cu dizabilitate participă la activităţile procesului educativ-compensator şi recuperator. Datorită caracterului lor, de regulă anatomo-fiziologic, afecţiunile primare sunt mai rezistente la intervenţia terapeutic-compensatorie, tratamentul dominant fiind cel medical. În schimb, afecţiunile derivate (cu caracter secundar sau terţiar) sunt mai puţin rezistente, putând fi corectate, compensate sau chiar prevenite prin măsuri psihopedagogice adecvate, în special printr-un proces de învăţare compensatorie iniţiat în perioada optimă când pot fi valorificate oportunităţile specifice perioadei de dezvoltare şi maximul de resurse potenţiale ale copilului. De asemenea, tulburările specifice ale procesului dezvoltării la persoanele cu dizabilităţi au loc în diferite paliere/sectoare ale structurii personalităţii, orice deficienţă (denumită după palierul la nivelul căruia se află tulburarea primară sau incapacitatea originară) prezentând şi o anume constelaţie de tulburări derivate, mai mult sau mai puţin accentuate şi afectând, în special, funcţiile şi procesele psihice complexe, cum ar fi psihomotricitatea, limbajul, mecanismele reglatoare conştiente, autocontrolul etc. Din această perspectivă, se impune aplicarea timpurie a măsurilor de corectare-recuperare-compensare pentru obţinerea unui grad cât mai mare de eficienţă şi, mai ales, pentru prevenirea apariţiei şi consolidării fenomenelor negative (Radu, 1999).

Atunci când ne referim la persoanele cu dizabilităţi, anumite elemente care intră în structura personalităţii lor – imaginea de sine şi stima de sine – capătă o importanţă deosebită şi influenţează în mare măsură raporturile cu cei din jur şi, nu în ultimul rând, acceptarea de sine. În lucrarea *Consiliere educaţională*, coordonată de Adriana Băban (2001), sunt analizate, în contextul activităţilor şcolare, o serie de aspecte referitoare la imaginea şi stima de sine, aspecte pe care le sintetizăm în continuare.

Imaginea de sine este o reprezentare mentală a propriei persoane sau o structură organizată de cunoştinţe declarative despre sine care ghidează comportamentul social. Imaginea de sine presupune conştientizarea a „cine sunt eu" şi a „ceea ce pot face eu", influenţează atât percepţia lumii înconjurătoare, cât şi a propriilor comportamente[1]. Este rezultatul unui demers al cunoaşterii de sine bazat pe procese cognitive, afective şi motivaţionale, dar suportă influenţe puternice şi din partea factorilor de mediu. Imaginea de sine se dezvoltă o dată cu vârsta şi cu experienţele prin care trecem; pe măsură ce înaintăm în vârstă, dobândim o capacitate mai mare şi mai acurată de autoreflecţie, iar confruntarea cu evenimente diverse poate scoate la iveală dimensiuni noi ale personalităţii sau le poate dezvolta pe cele subdimensionate.

Imaginea de sine nu este o structură omogenă, iar în cadrul ei facem distincţia între *eul real*, *eul viitor* şi *eul ideal*.

Eul real (eul actual) este rezultatul experienţelor noastre cotidiene din cadrul social şi cultural în care trăim şi cuprinde:

a) *eul fizic*: structurează dezvoltarea, interiorizarea şi acceptarea propriei corporalităţi; imaginea corporală se referă la modul în care persoana se percepe pe sine şi la modul

1. O persoană cu o imagine de sine deficitară sau negativă va tinde să gândească, să simtă şi să se comporte negativ; imaginea de sine nu reflectă întotdeauna realitatea.

în care crede că este percepută de ceilalţi; cu alte cuvinte, imaginea corporală determină gradul în care te simţi confortabil în şi cu corpul tău;

b) *eul cognitiv*: se referă la modul în care sinele receptează şi structurează conţinuturile informaţionale despre sine şi lume şi la modul în care operează cu acestea; sunt persoane care reţin şi reactualizează doar evaluările negative despre sine, alţii le reprimă, iar unii le ignoră; unii fac atribuiri interne pentru evenimente negative şi se autoculpabilizează permanent, în timp ce alţii fac atribuiri externe pentru a-şi menţine imaginea de sine pozitivă;

c) *eul emoţional* (eul intim sau eul privat): sintetizează totalitatea sentimentelor şi emoţiilor faţă de sine, lume şi viitor; de multe ori, persoana nu doreşte să îşi dezvăluie sinele emoţional decât unor persoane foarte apropiate, iar, cu cât o persoană are un eu emoţional mai stabil, cu atât va percepe lumea şi pe cei din jur ca fiind un mediu sigur, care nu ameninţă imaginea de sine; copiii şi adolescenţii trebuie ajutaţi să-şi dezvolte abilitatea de a identifica emoţiile trăite şi de a le exprima într-o manieră potrivită situaţiei, fără teama de ridicol;

d) *eul social* (eul interpersonal): este acea dimensiune a personalităţii pe care suntem dispuşi să o expunem lumii; este „vitrina" persoanei; unii dintre noi avem un eu social de tip „cactus" (mă simt în siguranţă doar când sunt ofensiv şi belicos), alţii ca o „mimoză" (atitudinea defensivă este cea care le conferă protecţie) sau ca o plantă care înfloreşte sau se usucă în funcţie de mediul în care trăieşte (reacţionează în concordanţă cu lumea înconjurătoare); cu cât discrepanţa dintre eul emoţional şi cel social este mai mare, cu atât gradul de maturizare al persoanei este mai mic; o persoană imatură se va purta, în general, într-un anumit fel acasă, între prietenii apropiaţi, şi în alt mod (care să o securizeze) în cadrul interacţiunilor sociale;

e) *eul spiritual*: reflectă valorile existenţiale ale unei persoane; din această perspectivă, persoanele sunt caracterizate ca fiind pragmatice, idealiste, religioase, altruiste, pacifiste etc.

Eul viitor (eul posibil) vizează modul în care persoana îşi percepe potenţialul de dezvoltare personală şi se proiectează în viitor. Eul viitor cuprinde aspiraţiile, motivaţiile, scopurile pe termen mediu şi lung, el având o structură importantă de personalitate, deoarece acţionează ca factor motivaţional în comportamentele strategice, în acest caz devenind eul dorit. Eul viitor, incorporează şi posibilele dimensiuni neplăcute pe care ne este teamă să nu le dezvoltăm în timp şi, în acest caz, poartă denumirea de *eul temut*. O persoană optimistă va contura un eu viitor dominat de eul dorit, pentru care îşi va mobiliza resursele motivaţionale şi cognitive. Fiecare dintre cele două euri viitoare are ataşat un set emoţional (pentru eul dorit – încredere, bucurie, plăcere etc., iar pentru eul temut – anxietate, furie, depresie etc.).

Eul ideal este ceea ce ne-am dori să fim, dar în acelaşi timp suntem conştienţi că nu avem resurse reale să ajungem. Când ne apropiem sau chiar atingem aşa-numitul ideal, realizăm că dorim altceva şi acel altceva devine ideal; există situaţii când eul ideal nu poate fi atins niciodată. Dacă o persoană se va cantona în decalajul dintre eul real şi cel ideal, are multe şanse să trăiască o permanentă stare de nemulţumire, frustrare şi chiar depresie. Dominarea imaginii de sine de către eul ideal este un fenomen destul de frecvent la adolescenţi, ei dorind să devină personaje celebre şi simţindu-se total dezamăgiţi de propria personalitate şi viaţă.

Stima de sine se află în strânsă legătură cu imaginea de sine şi se referă la modul în care ne evaluăm pe noi înşine, cât de „buni" ne considerăm comparativ cu propriile expectanţe sau cu alţii. Stima de sine pozitivă este sentimentul de autoapreciere şi încredere în forţele proprii. Copiii cu stimă de sine scăzută se simt nevaloroşi şi au trăiri emoţionale negative, de cele mai multe ori cauzate de experienţe negative.

Există o relaţie de cauzalitate între formarea stimei de sine la elevi şi acceptarea necondiţionată ca atitudine manifestată de educatori sau de adulţi, în general. Pentru preşcolari, sursa cea mai importantă pentru formarea stimei de sine o constituie evaluările părinţilor ; mesajele transmise de aceştia sunt interiorizate de către copil, conducând la sentimentul de adecvare sau inadecvare ca persoană. La copiii şcolari, sursa de formare a stimei de sine se extinde la grupul de prieteni, colegii de şcoală sau alte persoane din viaţa lor. Elevii cu stimă de sine pozitivă îşi asumă responsabilităţi, se comportă independent, sunt mândri de realizările lor, realizează fără probleme sarcini noi, îşi exprimă atât emoţiile pozitive, cât şi pe cele negative, oferă ajutor şi sprijin celorlalţi colegi etc. Elevii cu o stimă de sine scăzută sunt nemulţumiţi de felul lor de a fi, evită să realizeze sau să se implice în sarcini noi, se simt lipsiţi de valoare, îi blamează pe ceilalţi pentru nerealizările lor, nu pot tolera un nivel mediu de frustrare, sunt uşor influenţabili, nu îşi asumă responsabilităţi, sunt nepăsători etc.

Experienţele din copilărie care dezvoltă o imagine de sine echilibrată	**Experienţele din copilărie care formează o imagine de sine scăzută**
– este încurajat, lăudat – este ascultat – i se vorbeşte cu respect – i se acordă atenţie şi este îmbrăţişat – are performanţe bune în activităţi extraşcolare şi şcolare – are prieteni de încredere	– este des criticat – i se vorbeşte pe un ton ridicat – este ignorat, ridiculizat – ceilalţi aşteaptă să fie întotdeauna „perfect" – are eşecuri în activităţi şcolare şi extraşcolare – comparaţii frecvente între fraţi

Atitudinile negative faţă de sine sunt generate atât de comportamentul celorlalţi, cât şi de modul personal de a gândi faţă de propria persoană. Distorsiunile cognitive sunt deprinderi negative de a folosi frecvent anumite idei/gânduri pentru interpretarea eronată a realităţii.

Dacă analizăm imaginea de sine a copiilor şi adolescenţilor cu dizabilităţi – fizice, intelectuale, vizuale sau de auz –, vom constata că pentru mulţi dintre ei această componentă a personalităţii determină un set complex de probleme de adaptare şi integrare în mediul social, sentimente de inferioritate, atitudini de evitare, tulburări de comportament, nervozitate exagerată, anxietate, invidie etc. Pentru un elev cu deficienţă locomotorie vizibilă este foarte important să fie încurajat şi susţinut în acţiunile sale pentru a-i întări convingerea că poate fi la fel de bun ca un elev normal. Astfel, printr-o atitudine constantă de valorizare îşi poate construi o stimă de sine favorabilă, cu efecte majore în procesul adaptării şi integrării şcolare. Un aspect particular îl întâlnim la cei cu deficienţe de auz sever care comunică prin limbajul mimico-gestual, ceea ce îi face să-şi construiască grupul/cercul lor, diferit de al celorlalţi cu care nu pot comunica şi care, prin atitudinea şi comportamentul lor, ajung să îi evite constant şi să le inducă sentimentul de inferioritate şi marginalizare, cu consecinţe asupra stimei lor de sine. În

cazul deficienţilor de vedere, construirea stimei de sine prezintă o serie de caracteristici determinate de imposibilitatea perceperii propriei imagini şi a reacţiilor celor din jur în relaţia cu aceştia. Dominanţa informaţiilor venite pe canalul auditiv le permite receptarea de mesaje de la cei din jur şi, astfel, îşi pot forma la rândul lor nucleul unei stime de sine care să-i susţină şi să le mărească încrederea în propriile forţe şi calităţi.

În final, putem constata că procesul de analiză şi cunoaştere a personalităţii indivizilor cu dizabilităţi ridică o serie de probleme şi dificultăţi determinate de tipologia tulburărilor şi deficienţelor, limitele impuse de gravitatea deficienţei, atitudinea şi gradul de acceptare faţă de sine şi de către cei din jur. Chiar şi aşa, cunoaşterea persoanei cu dizabilităţi din perspectiva structurii şi dinamicii personalităţii sale constituie una dintre provocările majore ale psihopedagogiei speciale, la care specialiştii acestui domeniu trebuie să identifice soluţii.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Prezentaţi sintetic principalii factori care condiţionează dezvoltarea copilului; exemplificaţi prin raportare la copii cu diferite tipuri de dizabilităţi.
- Cum poate fi reprezentată şi abordată relaţia dintre ereditate, mediu şi educaţie în cazul unui copil cu dizabilitate?
- Analizaţi principalele etape în dezvoltarea ontogenetică a copilului prin raportare la copiii cu cerinţe speciale.
- Care dintre etapele dezvoltării ontogenetice a copilului credeţi că are relevanţa cea mai mare din perspectiva proceselor compensatorii?
- Elaboraţi un comentariu asupra unor aspecte ale personalităţii copilului cu dizabilităţi.

CAPITOLUL 3

Evaluarea şi expertiza persoanelor cu cerinţe speciale. Metode şi mijloace de investigaţie psihopedagogică

3.1. Evaluarea persoanelor cu cerinţe speciale[1] – proces continuu şi complex

Evaluarea persoanelor cu cerinţe speciale este fundamentată pe cunoaşterea complexă în plan medical, psihologic, educaţional şi social, cuprinzând întreaga problematică întâmpinată de către acestea în mediul obişnuit de viaţă. Trebuie subliniat faptul că, în imensa majoritate a cazurilor, evaluarea este un proces continuu, şi nu o radiografiere instantanee a stării subiectului, fiind necesară o colaborare prelungită, diferenţiată între membrii echipei de evaluatori şi persoana cu cerinţe speciale. De asemenea, evaluarea ca proces indispensabil în structura serviciilor oferite persoanelor cu dizabilităţi, este fundamentată şi pe o serie de elemente importante, frecvent invocate în literatura de specialitate din ultima vreme : o anumită filosofie a evaluării, coerenţă şi construcţie unitară a conţinutului evaluării, legislaţie modernă şi flexibilă în domeniul serviciilor sociale. Nu în ultimul rând, evaluarea are la bază şi o serie de criterii care pot fi clasificate astfel :

- criterii specifice fiecărui domeniu în parte (medicale, psihologice, educaţionale şi sociale) ;
- criterii specifice încadrării într-un grad de deficienţă/handicap ;
- criterii specifice orientării şcolare şi profesionale.

Toate aceste tipuri de criterii se completează unele pe altele şi, în consecinţă, evaluatorii trebuie să aibă în vedere toate aspectele evaluării[2].

---

1. Etapa de evaluare este precedată de identificarea/depistarea cazurilor. La nivel comunitar, alături de membrii familiei sau aparţinătorii de drept ai copilului, putem identifica şi alte categorii de persoane sau profesionişti, cu roluri sau funcţii în comunitatea respectivă, care pot identifica şi orienta copilul şi familia acestuia către servicii specializate de evaluare, asistenţă şi protecţie a copilului, spre exemplu, educatori, profesori, consilieri şcolari, psihologi, medici de familie, medici de specialitate, asistenţi medicali, preoţi, asistenţi sociali, lucrători sociali comunitari sau referenţi ai primăriei sau alte persoane implicate în serviciile locale destinate copilului şi familiei.
2. În actuala perioadă, în ţara noastră, la nivel comunitar se constată tendinţa de dezvoltare, în parteneriat cu sectorul neguvernamental, a serviciilor şi programelor sociale în favoarea persoanelor

În momentul în care un specialist se află în situaţia de a evalua un copil cu (posibile) dizabilităţi, acesta trebuie să ştie de la început că demersul său nu poate fi unic, ci complementar cu al altor specialişti şi corelat cu acţiuni care aparţin altor niveluri de evaluare. Evaluarea persoanei cu dizabilităţi trebuie să răspundă la următoarele întrebări :

• *Ce evaluăm ?* (domeniile evaluării[1]) :

a) *evaluarea medicală* – presupune examinarea clinică şi efectuarea unor investigaţii de laborator şi paraclinice, în vederea stabilirii unui diagnostic complet care va conduce, alături de rezultatele celorlalte tipuri de evaluare, la determinarea tipului de deficienţă ;
b) *evaluarea psihologică* – se realizează prin raportare la standardele existente, prin teste şi instrumente specifice care vizează anumite procese psihice, inteligenţa, aptitudinile şi personalitatea în ansamblul ei ;
c) *evaluarea educaţională* – se referă la stabilirea nivelului de cunoştinţe, gradul de asimilare şi corelarea acestora cu potenţialul aptitudinal şi nivelul intelectual al copilului, precum şi identificarea cerinţelor educaţionale speciale ;
d) *evaluarea socială* – presupune analiza, cu precădere, a calităţii mediului de dezvoltare a copilului, a factorilor de mediu şi factorilor personali.

• *Pentru ce evaluăm ?* (scopul evaluării) : stabilirea calităţii[2] şi nivelului funcţionării structurilor anatomice, funcţiilor organice, activităţilor şi participării copilului cu dizabilităţi la viaţa socială, ţinând cont de mediul în care trăieşte şi dacă beneficiază sau nu de servicii şi intervenţii adecvate (protezare, ortezare, mijloace tehnice, îngrijire, recuperare, educaţie etc). Evaluarea are multiple şi diverse obiective cu scopul final al includerii sociale a copilului cu dizabilităţi :

- stabilirea celor mai potrivite servicii de terapie, educaţie, recuperare şi asistenţă socială ;
- acordarea drepturilor şi serviciilor necesare, potrivit legislaţiei în vigoare ;
- stabilirea compatibilităţii între cerinţele speciale ale copilului şi profilul asistentului personal (persoana care interacţionează în mod direct şi constant cu copilul) ;
- stabilirea cerinţelor educative speciale ale copilului cu dizabilităţi ;
- organizarea mediului de viaţă din instituţiile de protecţie socială, ţinând cont de aspecte psihologice, compatibilităţi etc. ;
- susţinerea pregătirii profesionale şi identificarea unui loc de muncă în comunitatea locală pentru adolescenţii cu dizabilităţi, ale căror incapacităţi nu au nici o relevanţă în raport cu exigenţele locului de muncă respectiv ;
- identificarea progreselor efectuate în recuperare, educaţie, integrare socială ;
- evaluarea eficienţei serviciilor şi strategiilor de intervenţie, precum şi ameliorarea lor.

---

aflate în dificultate ; în alte sisteme sociale cu un grad mai avansat de dezvoltare, multe dintre aceste servicii şi programe poartă denumirea de *facilitatori* (factori care prin prezenţa lor îmbunătăţesc starea persoanelor şi reduc dizabilitatea lor). Din această perspectivă, actul individual de evaluare trebuie corelat cu evaluarea la nivel comunitar a accesului la servicii de recuperare, educaţionale, protezare, ortezare, la anumite mijloace şi echipamente tehnice, schimbarea mentalităţilor etc.

1. Când se evaluează fiecare domeniu al activităţii şi participării trebuie precizate : *capacitatea* (cel mai înalt nivel de funcţionare pe care un individ îl poate atinge), *performanţa* (ceea ce individul face în mod obişnuit în mediul său de viaţă) şi *progresul* (corelarea a ceea ce persoana poate să facă, nivelul pe care îl poate atinge şi aşteptările sociale de la aceasta prin comparaţia între o stare iniţială şi una finală).
2. Unul dintre principalele niveluri de calitate ale funcţionării copilului cu dizabilităţi este reprezentat de autonomia personală în viaţa cotidiană ; de nivelul autonomiei depinde accesarea serviciilor de intervenţie şi sprijin : asistent personal, resurse financiare, recuperare şi reabilitare etc.

• *Pe ce bază evaluăm ?* (baza evaluării) : evaluarea are loc pe baza cunoaşterii complexe în plan medical, psihologic, educaţional şi social şi conţine câteva elemente importante :
- o anumită filosofie a evaluării ;
- politici coerente în domeniul evaluării ;
- o legislaţie modernă şi flexibilă ;
- construcţia unitară a conţinutului evaluării.

• *Cum şi cu ce evaluăm ?* (metodologia evaluării) : există o diversitate de metode şi instrumente validate ştiinţific, aplicabile în situaţii formale sau în situaţii concrete ale vieţii copilului (în cadrul acestui capitol sunt prezentate seturile de metode, procedee şi instrumente utilizate în evaluarea copiilor cu dizabilităţi).

Evaluarea/examinarea unei persoane cu cerinţe speciale, în vederea stabilirii tipului şi gradului de deficienţă, presupune concentrarea demersului investigativ asupra următoarelor repere :

1. *Cadrul şi condiţiile în care are loc examinarea* :
   a) organizarea spaţiului şi asigurarea confortului pentru persoana examinată ;
   b) condiţiile în care se desfăşoară convorbirea cu copilul şi părinţii sau tutorii/aparţinătorii acestuia ;
   c) stabilirea obiectivelor, metodelor şi mijloacelor necesare pentru examinare.
2. *Anamneza* :
   a) datele personale ;
   b) antecedente eredocolaterale (antecedente genetice în familia de origine) ;
   c) evoluţia simptomelor, succesiunea şi fluctuaţiile lor în timp ;
   d) tratamente aplicate ;
   e) antecedente personale, cu accente pe evoluţia sarcinii, momentul naşterii, comportamentul şi procesul de socializare a copilului în primii ani de viaţă ;
   f) ancheta socială, cu principalele puncte de investigat :
      - informaţii despre membrii familiei ;
      - condiţiile de viaţă ale familiei ;
      - resursele materiale şi financiare ale familiei ;
      - relaţiile cu membrii colectivităţii.
3. *Examenul somatic şi de specialitate* :
   a) examinare staturo-ponderală ;
   b) tegumentele ;
   c) sistemul osteoarticular ;
   d) examinare oftalmologică ;
   e) examinare otorinolaringologică (ORL) ;
   f) examenul clinic al capului ;
   g) aparatul respirator ;
   h) aparatul cardiovascular ;
   i) aparatul digestiv ;
   j) aparatul renal şi procesele hidroelectrolitice ;
4. *Examinarea neurologică* :
   a) reflexele şi mişcările involuntare ;
   b) tonusul muscular ;
   c) ortostatismul ;

d) mersul ;
e) motilitatea activă ;
f) examenul sensibilităţii/senzorialităţii (analizatorilor) ;
g) examenul nervilor cranieni.

5. *Investigaţii paraclinice* :
a) examenul LCR (lichidul cefalorahidian) ;
b) electrodiagnosticul neuromuscular (stimularea electrică, cronaxia, electromiografia, viteza de conducere în nervii periferici) ;
c) electroencefalografie (EEG) ;
d) ecografie ;
e) examinarea radiologică ;
f) tomografia computerizată ;
g) rezonanţa magnetică nucleară (RMN) ;
h) investigaţii umorale ;
i) investigaţii genetice etc.

6. *Examinarea psihiatrică adaptată vârstei subiectului.*

7. *Examinarea psihologică* :
a) investigarea personalităţii prin probe analitice, sintetice, proiective, concretizate în chestionare, teste sau sarcini practice ;
b) teste de eficienţă pentru :
- psihomotricitate şi abilitate manuală (schemă corporală şi lateralitate, stil motor, structurare vizuală, sincinezii etc.) ;
- investigarea activităţii psihice (percepţie, imaginaţie, atenţie, memorie, gândire, limbaj, afectivitate etc.).

8. *Evaluarea nivelului intelectual prin* :
a) teste de dezvoltare individuală ;
b) teste analitice şi calitative ale inteligenţei ;
c) teste colective de inteligenţă ;
d) teste individuale verbale şi de performanţă.

9. *Indicatorii de dezvoltare* :
a) vârsta biologică ;
b) vârsta de dezvoltare – mintală, motorie, a limbajului ;
c) comportament ludic ;
d) învăţare socială şi coeficientul de socializare ;
e) vârsta şcolară.

E. Verza menţionează în lucrările sale că pentru efectuarea unei psihodiagnoze valide în domeniul psihopedagogiei speciale se impune respectarea următoarele condiţii :

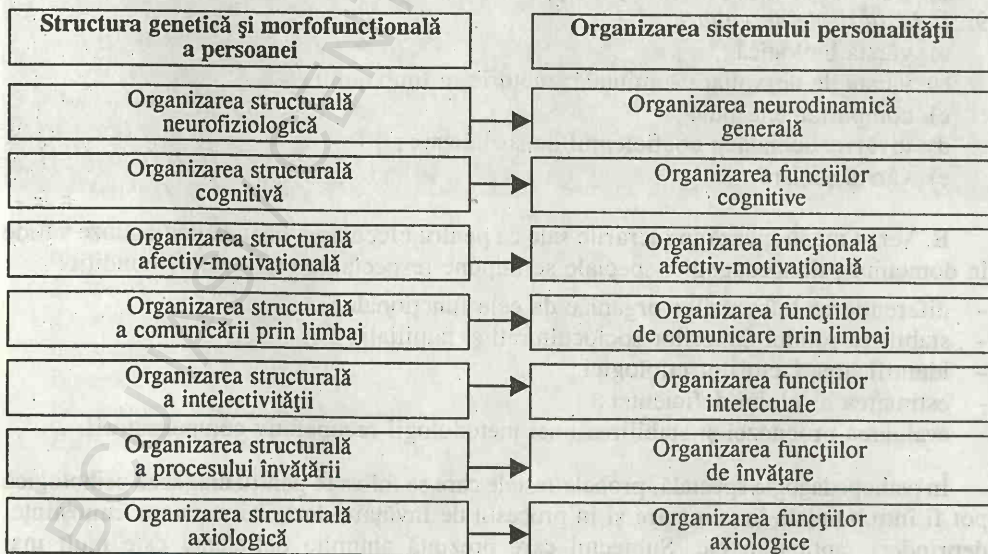
- diferenţierea tulburărilor organice de cele funcţionale ;
- stabilirea rolului factorilor socioculturali şi familiali ;
- identificarea factorilor etiologici ;
- estimarea nivelului deficienţei ;
- evaluarea prognozei şi stabilirea unei metodologii recuperativ-compensatorii.

În psihopedagogia specială, probele/testele care se folosesc pentru diagnoza psihologică pot fi întrebuinţate în cercetare şi în procesul de învăţare-dezvoltare a unor cunoştinţe, deprinderi, aptitudini etc. Subiectul care prezintă anumite deficienţe este mult mai

receptiv dacă probele respective au o componentă ludică sau dacă sunt aplicate sub forma unor jocuri. Pentru o psihodiagnoză riguroasă şi pentru alcătuirea unui program de recuperare eficient, analiza trebuie să cuprindă şi date obţinute prin anamneză, chestionar, observaţie etc. Toate acestea permit constituirea profilului psihologic al persoanei şi evaluarea prin prognoză a evoluţiei sale ulterioare care va fi cu atât mai validă cu cât diagnosticul diferenţial şi etiologic este mai corect. La alcătuirea profilului psihologic este necesar să se cunoască şi unele aspecte care caracterizează persoanele cu dizabilităţi :

- manifestările psihice se concretizează în răspunsuri directe la situaţiile stimulative, ceea ce facilitează pătrunderea în intimitatea psihică şi evaluarea ei ;
- indivizii au mai puţine posibilităţi de a recepţiona stimulii înconjurători şi de a elabora răspunsuri cantitative şi calitative, ceea ce îngreuiază analiza de ansamblu a expresiei psihice ;
- actele comportamentale sunt rezultatul a două elemente : pe de-o parte, natura persoanei/subiectului care acţionează/reacţionează, iar, pe de altă parte, natura situaţiei în care se află subiectul (situaţia este sursa de stimulare a comportamentului care poate fi evaluat, observat) ;
- manifestările psihice (comportamentale) care se iau în considerare în psihodiagnoză au un caracter discontinuu şi dificil de evaluat la persoanele cu deficienţe faţă de normali ; pentru a spori gradul de încredere în valoarea psihodiagnozei, examinarea--reexaminarea se efectuează la un interval de timp care trebuie apreciat în funcţie de : factorii sau capacităţile supuse procesului de măsurare/evaluare, ritmul achiziţiilor subiectului, calitatea şi cantitatea procesului informativ şi formativ în care este implicat subiectul într-o anumită perioadă de timp.

O perspectivă interesantă asupra procesului de evaluare şi diagnostic pentru persoanele cu cerinţe speciale a fost propusă de C. Păunescu, care punea în relaţie calitatea componentelor structurii genetice şi morfofuncţionale a persoanei şi calitatea componentelor sistemului personalităţii. Sintetic, această paradigmă poate fi reprezentată astfel :



Abordarea integrală şi integrată a acestor componente în procesul de evaluare permite apropierea de un diagnostic complet şi nuanţat care să orienteze intervenţia în raport cu resursele biologice, fiziologice şi psihologice ale persoanei.

În altă ordine de idei, în psihopedagogia specială, psihodiagnoza reprezintă o etapă intermediară între:

- diagnoza organică;
- diagnoza funcţională;
- diagnoza socială;
- prognoză.

Prognoza trebuie să creeze posibilitatea ca persoana cu deficienţe să depăşească starea prezentă şi să fie proiectată în viitor prin: oferirea de modele pozitive de viaţă, crearea unei motivaţii puternice, organizarea intereselor şi menţinerea confortului psihic. După criteriul temporalităţii, putem vorbi despre:

- *prognoza de scurtă durată* – se referă la un interval de maximum 10-12 luni (la copiii fără deficienţe se stabileşte pentru o perioadă de peste un an şi jumătate) şi implică stabilirea rolului factorilor evocaţi în intervenţiile de stimulare a dezvoltării psihice; estimarea se nuanţează în funcţie de caracterul favorizant sau nu al mediului general de dezvoltare şi de reperele compensative de care dispune subiectul;
- *prognoza de lungă durată* – presupune organizarea treptată a statutului şi rolurilor sociale posibil de atins pentru fiecare persoană cu deficienţe.

Între cele două tipuri de prognoze există strânse legături şi nu trebuie concepute separat, ambele tipuri fiind implicate în strategii de intervenţie care depind de numeroşi factori imprevizibili.

Prognozele de lungă durată pot fi *individualizate*, la cazuri particulare sau *generale*, cu valoare pe categorii de deficienţi sau pentru toate tipurile de deficienţi. Ambele implică procese de raţionalizare în abordarea „cazurilor” de deficienţi, strategii de acţiuni recuperatorii care asimilează efectele de progres în dezvoltarea psihică şi efectele de recuperare compensatorie.

3.2. Evaluarea în contextul intervenţiei educaţional-recuperatorii asupra copiilor cu cerinţe speciale[1]

Evaluarea trebuie privită ca un proces complex, continuu, dinamic, de cunoaştere şi estimare cantitativă şi calitativă a particularităţilor dezvoltării şi a capacităţii de învăţare a copilului, de planificare şi programare care orientează elaborarea planului de servicii personalizat şi programele de intervenţie personalizate[2]. Evaluarea presupune colectarea de informaţii cât mai complete, interpretarea de date, punerea şi rezolvarea de probleme

1. Vezi Anexele 11 şi 12 în care sunt prezentate câteva categorii de instrumente şi probe de evaluare a copiilor, pe categorii de vârstă şi domenii de dezvoltare.
2. Vezi Anexele 23 şi 24 în care sunt prezentate modele-cadru de elaborare a planului de servicii personalizat şi a programului de intervenţie personalizat.

în scopul orientării deciziei şi intervenţiei. Probele şi testele de evaluare nu urmăresc în principal evidenţierea deficienţei şi a blocajelor copilului, ci determinarea abilităţilor şi a disponibilităţilor imediate pentru dezvoltare. O asemenea abordare exclude definitiv teza *caracterului irecuperabil* al copilului cu dizabilităţi.

Demersul evaluativ în cazul copiilor cu dizabilităţi parcurge următoarele mari etape :

a) evaluarea iniţială – este constatativă, obiectivele sale fiind :
   - identificarea, inventarierea, clasificarea, diagnosticarea ;
   - stabilirea nivelului de performanţe sau a potenţialului actual al copilului ;
   - estimarea/prognoza dezvoltării ulterioare, bazată pe potenţialul individual şi integrat al copilului ;
   - stabilirea încadrării : pe grad sau nivel educaţional etc. ;
   - stabilirea parametrilor programului de intervenţie personalizată.

b) evaluarea formativă – este un tip de evaluare continuă care evidenţiază nivelul potenţial al dezvoltării şi urmăreşte iniţierea unor programe de antrenament al operaţiilor mintale ; ea nu este centrată pe deficit, ci evidenţiază ceea ce ştie şi ce poate copilul, ce deprinderi şi abilităţi are într-o anumită etapă a dezvoltării sale ;

c) evaluarea finală – are ca obiective :
   - estimarea eficacităţii intervenţiei sau a programului ;
   - modificarea planului sau a programului, în funcţie de constatări ;
   - reevaluarea copilului şi reconsiderarea deciziei.

În definirea indicatorilor care structurează tipul de evaluare a nevoilor şi progreselor în dezvoltarea copilului există trei abordări majore :

a) *evaluarea prin raportare la standarde sau norme* – măsoară performanţele unui copil într-o anume arie de dezvoltare, pornind de la un standard stabilit prin testarea unui eşantion reprezentativ[1] ; în acest caz, fiecare copil evaluat este comparat cu standardul aplicat, de regulă cu punctajul mediu, şi astfel se poate determina performanţa particulară a copilului respectiv ; evaluările prin raportare la standarde sunt adecvate pentru a compara un anume copil cu un grup standard, prestabilit, cu scopul de a determina o întârziere sau o neconcordanţă faţă de respectivul standard ;

b) *evaluarea prin raportare la criterii* – este utilizată pentru a determina punctele forte şi punctele slabe ale unui copil, prin raportare la un set de deprinderi prestabilite şi validate, presupuse a fi esenţiale pentru dezvoltarea plenară a copilului[2], şi nu prin a-l compara cu alţi copii ; avantajul acestei strategii de evaluare constă în utilizarea unor instrumente de documentare a progresului realizat de copil, stabilind eficienţa intervenţiilor şi pregătind terenul pentru însuşirea unor deprinderi ulterioare ;

c) *evaluarea prin raportare la individ* – măsoară progresul copilului pe parcursul procesului său unic de dezvoltare şi învăţare (o evaluare longitudinală) ; evaluările se fac în contextul particular de viaţă şi în funcţie de calităţile şi potenţialul copilului.

În perioada preşcolară sau în ciclul primar sunt planificate acţiuni de evaluare/ expertizare a copiilor în centre logopedice interşcolare, în comisiile de protecţie a

1. Un exemplu ilustrativ de măsurare a performanţelor pe baza unor standarde prestabilite este coeficientul de inteligenţă.
2. Un exemplu al acestui tip de evaluare îl constituie evaluarea prin raportare la curriculumul şcolar.

copilului sau în cadrul comisiilor de evaluare internă existente în instituţiile şcolare care au personal de specialitate. Inspectoratul şcolar judeţean (inspectorul şcolar de specialitate), centrul logopedic, comisia de protecţie a copilului întocmesc anual situaţia copiilor cu probleme care ar face obiectul educaţiei speciale, dar care pot debuta în şcoala publică. Aceasta cuprinde:

- tipul şi gradul deficienţei;
- domiciliul stabil al copilului;
- portretul psihointelectual;
- tipul şi forma de şcolarizare;
- grădiniţa/şcoala publică cea mai apropiată de domiciliul stabil al copilului;
- grădiniţa/şcoala publică unde poate fi integrat copilul.

Decizia de integrare a copilului într-o formă de educaţie va fi luată de instanţele/comisiile de specialitate aparţinând inspectoratelor şcolare judeţene. Acestea vor elabora documentul/certificatul de expertizare care conţine următoarele informaţii: unde debutează copilul, cu ce tip de curriculum, cu ce formă de sprijin, serviciile terapeutice de care va beneficia şi, dacă este nevoie, programul de intervenţie personalizat corespunzător. În cazul în care copilul/elevul nu se adaptează în mediul şcolilor normale, acesta va intra în sfera de interes a serviciilor educaţionale speciale (învăţământul special), dar numai după evaluări repetate.

Un alt aspect important se referă la anumite transformări/schimbări care au vizat organizarea şi funcţionarea structurilor abilitate să efectueze evaluarea/expertiza, diagnoza şi orientarea copiilor/elevilor cu cerinţe speciale. Astfel, spre exemplu, până în decembrie 2001, de problematica acestor copii cu cerinţe speciale se ocupau trei comisii care aveau responsabilitate decizională:

- Comisia pentru protecţia copilului – lua decizii asupra măsurilor de protecţie şi asistenţă de care urma să beneficieze copilul aflat în dificultate;
- Comisia de expertiză complexă pentru învăţământul special – realiza orientarea şcolară şi profesională a copiilor cu cerinţe speciale;
- Comisia de expertiză medicală a copiilor cu handicap (constituită în baza Ordonanţei de Urgenţă a Guvernului nr. 102/1999 privind protecţia specială şi încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap) – realiza încadrarea în grade de handicap a acestora precum şi programele individuale de recuperare şi integrare socială.

Prin Hotărârea de Guvern nr. 1205/2001, comisiile pentru protecţia copilului au preluat atribuţiile celorlalte două comisii, realizând încadrarea într-un grad de handicap şi planurile de servicii personalizate, precum şi orientarea şcolară şi profesională a copiilor cu cerinţe speciale.

Având în vedere particularităţile societăţii româneşti, aflată în permanentă transformare, şi tendinţa reformatoare din domeniul asigurării serviciilor şi asistenţei copiilor şi persoanelor aflate în dificultate, anticipăm că vor mai interveni noi modificări în organizarea şi administrarea structurilor decizionale (comisii de evaluare, instituţii, categorii de specialişti etc.) din domeniul protecţiei copilului. Cu toate acestea, indiferent de ce denumire vor avea, etapele fundamentale, respectiv depistarea, evaluarea/expertizarea, diagnoza, orientarea şcolară şi profesională, adaptarea şi integrarea socială, vor rămâne în responsabilitatea structurilor administrative şi executive care se vor ocupa de problemele copiilor cu cerinţe speciale din ţara noastră.

Convenţia cu privire la drepturile copilului şi *Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap* (Rezoluţia ONU din 1993), precum şi alte documente internaţionale menţionează cu claritate nevoia de participare socială şi de egalizare a şanselor pentru copiii şi persoanele cu dizabilităţi, ca mijloace de promovare a drepturilor umane. O condiţie importantă în acest sens, pentru care militează comunitatea internaţională, o constituie depăşirea modelului predominant medical în concepţia şi practica privitoare la aceşti copii şi acceptarea complementară a modelului social.

Ministerul Sănătăţii şi Familiei împreună cu ANPCA (Autoritatea Naţională pentru Protecţia Copilului şi Adopţie) prin ordinul nr. 725/12709 din 1.10.2002 au precizat criteriile medico-psihosociale pe baza cărora comisiile pentru protecţia copilului din cadrul consiliilor judeţene şi locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti, precum şi serviciile de evaluare complexă din cadrul serviciilor publice specializate pentru protecţia copilului din subordinea consiliilor judeţene şi locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti vor stabili, pentru fiecare caz în parte, gradul de handicap pentru copiii cu vârste între 0 şi 18 ani care prezintă diferite forme de deficienţă şi măsurile de protecţie specială a acestora, serviciile de intervenţie (reabilitare-recuperare) şi sprijin necesare pentru asigurarea condiţiilor de dezvoltare optimă (biopsihosocială), în raport cu nevoile individuale şi particularităţile contextuale.

Conform acestui ordin, identificarea şi aprecierea gradului de handicap se fac prin raportare la *Clasificarea internaţională a funcţionării, dizabilităţii şi sănătăţii* (ICF, 2001), adoptată de Organizaţia Mondială a Sănătăţii. Aceasta ia în considerare deficienţa, limitarea activităţii şi restricţiile de participare socială ale persoanei respective. Prezenţa unei condiţii de sănătate (boli, afecţiuni, traumatisme etc.) este o premisă, dar aceasta nu conduce obligatoriu la starea de handicap. Diagnosticul medical în sine nu este suficient pentru a fundamenta încadrarea într-o categorie de handicap; el trebuie corelat cu evaluarea psihosocială. La evaluarea eventualei stări de handicap sau dizabilităţi, alături de stabilirea gradului de disfuncţionalitate a organismului, se vor lua în considerare şi factorii de mediu, inclusiv cei familiali, calitatea educaţiei, atitudinea şi măsurile adoptate de familie, posibila neglijare, precum şi factorii personali. În absenţa familiei se evaluează particularităţile mediului substitutiv. Ponderea acestor factori în constituirea dizabilităţii va fi evaluată pe criterii de facilitare şi/sau bariere identificate, în funcţie de conţinutul/raportul de anchetă psihosocială. Altfel spus, încadrarea în grade de handicap se face în raport cu intensitatea deficitului funcţional individual, stabilit cu ajutorul investigaţiilor medicale şi prin corelare cu funcţionarea psihosocială corespunzătoare vârstei.

În contextul activităţii de evaluare trebuie precizate şi:
- capacitatea – nivelul cel mai înalt de funcţionare pe care persoana îl poate atinge; stabilirea potenţialului biopsihic ţinând cont de limitele impuse de dizabilitate, precum şi de acţiunea factorilor de mediu şi a educaţiei;
- performanţa – ceea ce persoana realizează, în mod obişnuit, în mediul său de viaţă;
- progresul – corelarea a ceea ce poate persoana să realizeze, nivelul pe care îl poate atinge şi aşteptările sociale de la aceasta.

În perspectivă dinamică se urmăreşte evaluarea progresului în recuperare, compensare şi educaţie, prin raportare la un set de obiective stabilite în urma actului de evaluare. Evaluarea progresului presupune în fapt comparaţia între o stare iniţială şi una finală şi poate viza:
- progresele în gradul de autonomie;

- progresele în limitarea efectelor secundare ale dizabilităţii şi în prevenirea secundară şi terţiară ;
- progresele în antrenarea potenţialului restant ;
- progresele în actul compensării ;
- stagnarea/regresul (cauze, evoluţii etc.).

Atât în procesul evaluării medico-psihosociale, cât şi în luarea deciziilor privitoare la copil, trebuie să se respecte principiile parteneriatului cu familia şi cu copilul, în raport cu vârsta şi gradul său de dezvoltare. Evaluarea şi încadrarea într-un grad de handicap nu sunt un scop în sine, ele trebuie să ducă la creşterea calităţii vieţii copilului, prin îmbunătăţirea serviciilor de asistenţă şi îngrijire şi intervenţii personalizate cu scop recuperator şi de facilitare a integrării sociale. Ele se vor concretiza în planul de servicii personalizat, elaborat pe baza raportului de evaluare complexă, validat pe baze contractuale ferme, ceea ce va asigura o conduită activă, pozitivă a comunităţii faţă de persoana cu dizabilitate. Planul de servicii personalizat va fi pus în practică de familie şi de instituţiile competente, furnizoare de servicii, cu implicarea activă a copilului. Serviciile sunt asigurate sau facilitate de autorităţile locale, iar planul personalizat va fi monitorizat de instituţia abilitată prin intermediul managerului de caz.

Pentru a facilita coerenţa şi unitatea actului de evaluare/expertizare, este de dorit ca dosarul copilului cu dizabilitate să fie unic şi să cuprindă următoarele secţiuni :

- fişa personală ;
- fişa medicală ;
- ancheta socială ;
- fişa psihologică ;
- fişa educaţională ;
- raportul de evaluare complexă ;
- certificatul de încadrare într-un grad de handicap ;
- certificatul de orientare şcolară ;
- hotărârea privind măsurile de protecţie a copilului ;
- planul de servicii personalizat ;
- contractele cu familia şi cu instituţiile furnizoare de servicii ;
- documente privind monitorizarea evoluţiei cazului.

Măsurile şi serviciile de protecţie specială, de intervenţie şi sprijin sunt variate şi au ca finalitate :

- supravieţuirea copilului ;
- reducerea sau minimalizarea unor consecinţe invalidante ale afecţiunilor sau bolilor ;
- ameliorarea condiţiilor de viaţă individuală şi socială pentru a asigura şi sprijini dezvoltarea maximală a potenţialului copilului.

La baza aprecierii nivelului stării de handicap stau, în principal, următoarele criterii generale :

- gradul, stadiul, eventualele complicaţii şi posibila asociere de afecţiuni derivate din afectări/deficienţe structurale sau funcţionale, stabilite pe baza explorărilor corespunzătoare ;
- răspunsul la tratament şi efectul măsurilor recuperatorii (protezare, reeducare funcţională etc.) şi a serviciilor de intervenţie şi sprijin ;

- posibile limitări în activitate şi restricţii în participarea socială, ca efecte ale afectării funcţionale sau ale deficienţei ;
- influenţa pozitivă (de facilitare) sau negativă (de bariere) exercitată de factorii de mediu ;
- influenţa pozitivă sau negativă a criteriilor anterior menţionate în raport cu factorii personali.

Aplicarea combinată a criteriilor medicale şi psihosociale se face diferenţiat şi adaptat particularităţilor de vârstă ale copiilor în cauză. Copiii din grupa de vârstă 0-3 ani ridică probleme speciale şi necesită o atenţie deosebită în identificarea şi determinarea gradului de handicap (aceşti copii sunt dependenţi de îngrijirea şi supravegherea permanentă din partea adultului). Pentru aprecierea severităţii handicapului trebuie avut în vedere nu numai efectul tulburărilor structurale şi funcţionale, ci şi implicarea şi condiţiile asigurate de mediul familial apropiat. Pe de altă parte, la această vârstă dezvoltarea biopsihosocială a copiilor este foarte complexă, ceea ce impune o analiză foarte serioasă şi circumspecţie în decizia de încadrare a deficienţei. Nu este mai puţin adevărat faptul că identificarea precoce a unor deficienţe, urmată de un diagnostic corect şi un program de intervenţie timpurie, conduce la un grad ridicat de recuperare şi ameliorare a stării de handicap pentru copilul respectiv.

În realizarea încadrării pe grade de handicap, în funcţie de diversitatea entităţilor nosologice, se va ţine seama de faptul că nu boala în sine determină severitatea handicapului, ci gradul tulburărilor funcţionale determinate de aceasta în raport cu stadiul de evoluţie, dificultăţile apărute în activitatea şi participarea socială, factorii personali etc. Deci pentru aceeaşi boală – ca premisă a identificării şi încadrării – încadrarea în grade de handicap poate merge de la forma uşoară la forma gravă:

a) *forma gravă de handicap* se poate acorda copiilor care, în raport cu vârsta, au capacitatea de autoservire încă neformată sau pierdută, respectiv au un grad de dependenţă fizică şi psihică ridicată ; în această situaţie autonomia persoanei este foarte scăzută din cauza limitării severe în activitate, ceea ce conduce la restricţii multiple în participarea socială a copilului, şi, drept urmare, copilul necesită îngrijire specială şi supraveghere permanentă din partea altei persoane ;
b) *forma accentuată de handicap* se poate acorda copiilor la care incapacitatea de a desfăşura activitatea potrivit rolului social corespunzător dezvoltării şi vârstei este cauzată de limitări funcţionale motorii, senzoriale, neuropsihice sau metabolice rezultate din afecţiuni severe, în stadii înaintate, cu complicaţii ale unor aparate şi sisteme ; în această situaţie participarea socială a copilului este semnificativ restricţionată ;
c) *forma medie de handicap* se poate acorda copiilor care au capacitate de prestaţie fizică sau intelectuală redusă, corespunzând unei deficienţe funcţionale scăzute, ceea ce duce la limitări în activitate, în raport cu aşteptările corespunzătoare vârstei ; în această situaţie ele se reflectă în restricţii relativ semnificative ale participării sociale a copilului ;
d) *forma uşoară de handicap* se poate acorda pentru cazurile în care impactul afectării asupra organismului este minim, cu limitare nesemnificativă a activităţii şi care nu necesită măsuri de protecţie specială, participarea socială fiind în limite rezonabile ; aceste cazuri vor fi raportate şi înregistrate statistic.

Stabilirea gradului de limitare a activităţii şi restricţiilor de participare se realizează pe bază de procente calculate matematic, însă cu recomandarea să fie apreciate în funcţie

de importanţa itemilor pentru situaţia concretă a copilului respectiv. De aceea se impune ca, în cazurile dificile, decizia cu privire la procente, respectiv la gradul amintit anterior, să fie luată în echipa multidisciplinară.

Gradul afectării funcţionale	**Gradul limitării de activitate şi restricţiilor de participare (situaţia includerii sociale)**	
grav	grav (limitări şi restricţii totale)	96-100%
	sever	50-95%
accentuat	moderat	25-49%
mediu	uşor	5-24%
uşor	0 (fără limitări şi restricţii)	0-4%

În urma evaluărilor medicale şi psihosociale, putem identifica următoarele categorii :

- limitări de activitate şi restricţii de participare totale – corespunzătoare unei lipse efective a includerii sociale a copilului în comunitate ;
- limitări de activitate şi restricţii de participare severe – corespunzătoare unei includeri sociale cu mari dificultăţi ;
- limitări de activitate şi restricţii de participare moderate – corespunzătoare unei includeri sociale cu dificultăţi potenţial surmontabile ;
- limitări de activitate şi restricţii de participare uşoare – corespunzătoare unei includeri sociale acceptabile ;
- fără limitări de activitate şi restricţii de participare – corespunzătoare unei includeri sociale efective.

În situaţiile grave şi severe de deficienţă, comisia de evaluare recomandă un asistent personal pentru copilul sau persoana în cauză care să compenseze lipsa de autonomie şi să asigure îngrijirea şi asistenţa necesară.

În martie 2002 a fost aprobată, prin Hotărârea de Guvern nr. 218, *Metodologia pentru utilizarea setului de instrumente de expertizare şi evaluare a copiilor/elevilor în vederea orientării şcolare a acestora*. Setul de instrumente utilizat în expertizarea şi evaluarea elevilor este utilizat cu precădere de personalul calificat al *serviciului de evaluare complexă* din cadrul serviciului public specializat, aflat în subordinea consiliului judeţean sau a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti, şi de *comisia internă de evaluare continuă din unitatea şcolară de învăţământ special, integrat şi/sau incluziv*.

Expertiza/evaluarea în vederea stabilirii cerinţelor educative speciale ale unui copil/elev şi pentru orientarea şcolară şi profesională se realizează pe baza următoarelor principii :

- evaluarea trebuie să fie subordonată *interesului superior* al copilului – creşterea nivelului de implicare activă în planul vieţii individuale şi sociale ;
- evaluarea trebuie axată pe potenţialul real de dezvoltare al copilului ;
- evaluarea necesită o abordare *complexă* şi *completă* a elementelor relevante (sănătate, nivel de instrucţie şi educaţie, grad de adaptare psihosocială, situaţie economică etc.), precum şi a interacţiunii dintre acestea ;

- evaluarea trebuie să fie *unitară*, să urmărească şi să opereze cu aceleaşi obiective, criterii, metodologii, pentru toţi copiii ;
- evaluarea trebuie să aibă un caracter *multidimensional*, altfel spus să determine nivelul actual de dezvoltare, pentru a oferi un prognostic şi recomandări privind dezvoltarea viitoare a copilului, în integralitatea sa ;
- evaluarea presupune o *muncă în echipă*, cu participarea activă şi responsabilizarea tuturor specialiştilor implicaţi (psihologi, psihopedagogi, medici, pedagogi, profesori, educatori, sociologi, asistenţi sociali, logopezi etc.) ;
- evaluarea se bazează pe un *parteneriat* autentic cu beneficiarii direcţi ai acestei activităţi, respectiv copilul şi persoanele care îl au în ocrotire.

În practica psihopedagogică, acest set de principii poate fi tradus astfel :

a) examinarea globală şi personalizată a copilului/elevului în contextul familial, social şi/sau şcolar ;
b) expertizarea şi evaluarea multidisciplinară, incluzând examinarea medicală, socială, psihologică şi educaţională ;
c) urmărirea dinamicii potenţialului de dezvoltare şi învăţare (analiza rutei şcolare, rezultate şi performanţe şcolare etc.) ;
d) corelarea şi interpretarea rezultatelor evaluării copilului pe toate planurile, în vederea stabilirii unui diagnostic obiectiv pentru o orientare cât mai eficientă.

Principalele obiective ale utilizării unui set de instrumente de evaluare unitar, coerent, la nivel naţional sunt :

- identificarea, înregistrarea şi evidenţa copiilor/elevilor deficienţi ;
- evaluarea individuală şi globală a copilului ;
- stabilirea tipului şi gradului de deficienţă din perspectiva psiho-educaţională ;
- recomandarea formei şi a tipului de şcolarizare, în concordanţă cu tipul şi cu gradul de deficienţă ;
- evaluarea capacităţilor de adaptare şi integrare socială, şcolară, precum şi evaluarea capacităţii de învăţare.

Activitatea de expertiză şi evaluare va avea în vedere tipurile de deficienţă determinate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS), respectiv :

- deficienţe intelectuale ;
- alte deficienţe ale psihismului ;
- deficienţe ale limbajului, vorbirii şi comunicării ;
- deficienţe auditive ;
- deficienţe ale aparatului ocular ;
- deficienţe ale altor organe senzoriale ;
- deficienţe ale scheletului şi ale aparatului de susţinere ;
- deficienţe estetice (privesc aspectul fizic, postura, mersul) ;
- deficienţe ale funcţiilor generale senzitive ;
- alte deficienţe.

Evaluarea capacităţii de învăţare, precum şi evaluarea periodică a stării de progres/regres în dezvoltarea biopsihoeducaţională a copilului/elevului se vor face prin probe de

evaluare a nivelului de cunoştinţe. Aceste probe vor fi prelucrate, adaptate şi utilizate, ţinându-se seama de:

- tipul şi gradul de deficienţă;
- tipul şi forma de învăţământ în care copilul este şcolarizat.

Pentru utilizarea şi aplicarea setului de instrumente de evaluare/expertizare trebuie îndeplinite următoarele condiţii:

- proba să se desfăşoare într-un cadru psihoeducaţional şi socioafectiv adecvat;
- setul de instrumente să fie aplicat numai de către specialişti în domeniu: psihologi şcolari, psihopedagogi, psihodiagnosticieni, psihologi-consilieri, pedagogi, care au lucrat sau lucrează în învăţământ (de regulă, în forme speciale de educaţie sau cu elevi care au cerinţe speciale);
- diagnosticul medical să fie considerat un punct de plecare în expertizarea/evaluarea copilului;
- completarea grilei de interpretare să fie obligatorie pentru fiecare instrument de evaluare utilizat;
- fiecare instrument de expertizare/evaluare a copilului/elevului trebuie să aibă un ghid de utilizare.

Aplicarea instrumentelor de expertizare/evaluare se realizează diferenţiat, în funcţie de vârsta copilului, de tipul şi gradul de deficienţă, de mediul din care provine, precum şi de problematica specifică fiecărui caz în parte.

Observaţii:

- cunoaşterea persoanelor cu cerinţe educative speciale solicită din partea specialiştilor o muncă în echipă;
- cunoaşterea elevilor cu cerinţe educative speciale este primul pas pentru ameliorarea şi îmbunătăţirea procesului instructiv-educativ şi, implicit, a designului lecţiei;
- cunoaşterea reală şi obiectivă a elevilor favorizează comunicarea şi relaţiile dintre elevi şi cadrele didactice;
- inteligenţa este o trăsătură necesară pentru cunoaşterea elevilor, dar nu şi suficientă;
- cunoaşterea elevilor solicită din partea cadrelor didactice un anumit grad de empatizare cu aceştia;
- nu spuneţi niciodată „îl cunosc foarte bine pe elevul X"; totdeauna mai rămâne ceva ascuns, necunoscut, mai ales când avem de-a face cu fiinţa umană.

3.3. Evaluarea complexă a persoanelor adulte cu dizabilităţi

În structura Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap (ANPH) funcţionează Comisia superioară de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulţi[1], cu activitate decizională în soluţionarea contestaţiilor la certificatele de încadrare într-o

1. Comisiile judeţene şi ale sectoarelor municipiului Bucureşti sunt coordonate de Comisia superioară de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulţi.

categorie de handicap, emise de comisiile judeţene sau ale sectoarelor municipiului Bucureşti. Aceste comisii sunt organizate ca organe de specialitate în subordinea consiliilor judeţene, respectiv a consiliilor locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti, cu activitate decizională în domeniul încadrării în grad de handicap pentru persoanele adulte.

La comisiile de expertiză medicală a persoanelor adulte cu dizabilităţi se pot prezenta, în vederea încadrării într-un grad de handicap, persoanele cu deficienţe fizice, senzoriale, psihice, mintale care le împiedică sau le limitează accesul cu şanse egale la viaţa socială, potrivit vârstei, sexului, condiţiilor materiale, sociale şi culturale proprii, necesitând măsuri de protecţie specială în sprijinul integrării lor sociale şi profesionale. În cazul persoanelor nedeplasabile, expertizarea se poate efectua fie la domiciliul acestora, fie în baza referatului întocmit de medicul de familie sau de medicul specialist la care sunt luate în evidenţă şi a unei anchete sociale întocmite de organele în drept din care să rezulte că persoana este nedeplasabilă.

În urma rezultatelor expertizei medicale se întocmeşte programul individual de recuperare, readaptare şi integrare socială care cuprinde acţiunile medicale, educative, profesionale şi sociale necesare pentru recuperarea, readaptarea, instruirea şi reintegrarea socială a persoanei cu dizabilităţi. Principalele elemente ale acestui plan sunt înscrise şi în certificatul de încadrare în gradul de handicap. La elaborarea programului individual, subcomisia/comisia se va consulta în mod obligatoriu cu persoana cu dizabilităţi sau, după caz, cu reprezentanţii legali ai acesteia. Pentru fiecare acţiune cuprinsă în programul individual de recuperare, readaptare şi integrare socială vor fi nominalizate persoanele fizice sau instituţiile implicate în efectuarea activităţilor de intervenţie.

Comisiile au următoarea componenţă:
- un preşedinte, medic specialist în expertiza capacităţii de muncă;
- doi membri, medici de specialitate, în funcţie de afecţiunea care determină starea de handicap, desemnaţi de direcţiile de sănătate publică judeţene şi ale municipiului Bucureşti; specialităţile strict necesare funcţionării comisiei sunt: medicină internă, neurologie, psihiatrie, oftalmologie, chirurgie-ortopedie;
- un psiholog;
- un membru desemnat de organizaţiile neguvernamentale autorizate potrivit legii, care desfăşoară activităţi de protecţie specială a persoanelor cu handicap;
- lucrările de secretariat sunt asigurate de un secretar desemnat de consiliile judeţene, respectiv de consiliile locale ale sectoarelor municipiului Bucureşti.

Certificatul de încadrare a unei persoane în grad de handicap atestă gradul de handicap, faptul că persoana necesită sau nu protecţie specială şi beneficiază sau nu de drepturile conferite prin lege. Pentru cei cu handicap grav se va menţiona că pot beneficia de un asistent personal.

Deficienţă	**Grad de handicap**	**Incapacitate adaptivă (%)**	**Capacitate de muncă restantă (%)**
Fără	Infirmitate (grad 0)	0-20	100-80
Uşoară	Uşor (grad 0)	21-49	79-51
Medie	Mediu (grad III)	50-69	50-31
Accentuată	Accentuat (grad II)	70-89	30-11
Gravă	Grav (grad I)	90-100	10-0

Conform reglementărilor actuale din ţara noastră[1], categoriile de afecţiuni/deficienţe/tulburări structurale şi funcţionale ale organismului care pot determina starea de handicap sunt:

• *Afecţiuni/deficienţe ale sistemului nervos şi ale funcţiilor mintale globale*

1. *Afecţiuni neurologice*:
- malformaţii congenitale invalidante (de exemplu, mielomeningocel, porencefalia, hidrocefalia, microcefalia vera, craniostenoza);
- facomatoze (Bourneville, Sturge-Weber-Krabe);
- boli demielinizante (de exemplu, leuconevraxita cu tulburări motorii şi senzoriale în evoluţie sau cu recăderi frecvente);
- boli eredo-degenerative (ataxiile, *coreea cronica*);
- leziuni traumatice ale sistemului nervos central şi/sau periferic cu sechele de tip pareză sau mono-, hemi-, para-, tetraplegie, paralizii de plex, leziuni radiculare, leziuni de nervi periferici în stadiu sechelar (produc tulburări de tonus şi motricitate, afectează deplasarea şi gestica), tulburări de tip epileptic sau alte tulburări de focar;
- sechele după un sindrom ischemic medular sau accident vascular cerebral cu consecinţe invalidante;
- sechele postencefalitice, meningitice şi mielitice (de exemplu, poliomielita anterioară cu tulburări de gestică cronice severe, tulburări piramidale);
- tumori cerebrale benigne – cu leziuni sechelare postoperatorii;
- paralizii cerebrale congenitale şi dobândite (de exemplu, boala Little, ataxia congenitală coreo-atetozică etc.).

Aceste afecţiuni se manifestă diferenţiat ca intensitate, astfel:

a) *deficienţe funcţionale medii* – se apreciază în funcţie de prezenţa obligatorie a uneia sau mai multor categorii (1, 2, 3, 5) şi de prezenţa facultativă a altor categorii (4, 6):
   1. deficienţe posturale, de statică şi coordonare unilaterală, în care forţa, precizia şi viteza mişcărilor de statică şi mers sunt în permanenţă scăzute;
   2. deficienţă de manipulare unilaterală permanentă, bilaterală uşoară sau intermitentă, cu realizarea dificilă a gestualităţii sub aspectul forţei, preciziei şi vitezei;
   3. deficienţă de fonaţie, deglutiţie, masticaţie, asociată cu deficienţe uşoare ale altor funcţii neurologice;
   4. deficienţe cronice ale controlului sfincterian de tipul micţiunilor imperioase, incontinenţa de efort, asociate cu alte semne neurologice;
   5. crize epileptice generalizate convulsive tonico-clonice şi de alte tipuri, cu frecvenţă mai mare de una până la trei pe lună, cu/fără tulburări psihice intercritice sub tratament antiepileptic;
   6. dureri continue sau crize, cu frecvenţă medie, hiperkinezie, dureri fulgurante, dureri talamice, rezistente la tratament.

   Notă: Copiii cu aceste deficienţe pot fi încadraţi în gradul mediu de handicap, dar corelat şi cu evaluarea psihosocială.

b) *deficienţe funcţionale accentuate*:
   7. deficienţe în statică şi mers care fac ca persoana afectată să se poată deplasa cu mare dificultate prin forţa proprie, nesprijinit sau cu baston/cârje;
   8. deficienţe de manipulare bilaterală, cu imposibilitatea efectuării eficiente a gestualităţii;

1. În conformitate cu legislaţia pentru anul de referinţă 2004.

9. deficienţe de masticaţie, deglutiţie, fonaţie şi/sau respiraţie; realizarea cu mare dificultate a alimentaţiei, vorbirii sau respiraţiei în context neurologic;
10. deficienţe cronice ale controlului sfincterian care împiedică încadrarea într-un mediu social;
11. deficienţe ale limbajului care fac imposibilă stabilirea relaţiilor interumane;
12. tulburări trofice cronice sau recidivante, musculare, cutanate şi/sau osteoarticulare, asociate cu deficienţe motorii medii;
13. crize epileptice convulsive generalizate tonico-clonice şi alte tipuri de crize epileptice grave (ca sindromul West, sindromul Lennox-Gastaut etc.), de cel puţin una pe săptămână, sub tratament, cu/fără tulburări psihice intercritice.

Notă: Aceste deficienţe sunt asimilabile gradului accentuat de handicap, dar prin corelare cu evaluarea psihosocială.

c) *deficienţe funcţionale grave*:

14. deficienţe locomotorii de statică şi mers care fac bolnavul nedeplasabil prin forţa proprie, mobilizarea fiind posibilă numai cu ajutorul altei persoane;
15. deficienţe de manipulare bilaterală totală;
16. deficienţe de limbaj cu/fără tulburări expresive, care fac imposibilă stabilirea relaţiilor cu mediul înconjurător, în context neurologic, obiectivate clinic şi paraclinic;
17. deficienţe de deglutiţie şi respiraţie care necesită asistenţă din partea altei persoane.

Notă: Copiii care prezintă asemenea deficienţe au nevoie, de regulă, de îngrijire şi/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane; ca urmare, se recomandă încadrarea în forma gravă de handicap.

2. *Tulburări psihice*:

a) *întârzierile mintale*, certificate prin încadrarea în criteriile clasificărilor internaţionale (ICD 10):

1. întârziere mintală uşoară cu IQ = 50-65, dacă este asociată cu o altă deficienţă: senzorială, somatică, psihică (de limbaj şi comunicare, hiperactivitate, emoţională, de conduită) – poate fi asimilată gradului mediu de handicap;
2. întârziere mintală cu IQ = 35-49, fără altă asociere – se poate asimila gradului accentuat de handicap;
3. întârziere mintală severă şi profundă (IQ sub 35) – poate fi asimilată cu forma gravă de handicap;

b) *tulburările pervazive*[1] *de dezvoltare*: autism, sindromul Rett, sindromul Asperger; în raport cu gradul de afectare a intelectului, afectivităţii şi activităţii, pot fi încadrate în diferite grade de handicap;

c) *stările demenţiale de diferite etiologii*; în raport cu severitatea tulburării, pot fi încadrate în diferite grade de handicap;

d) *psihozele cu evoluţie cronică defectuală* (schizofrenia, boala afectivă primară etc.); sunt încadrabile în forma gravă de handicap.

• *Afectări ale structurilor şi funcţiilor senzoriale:*

a) *tulburări/afecţiuni ale structurii anatomice a ochiului, ale funcţiilor vizuale şi funcţiilor anexelor globului ocular*[2]:

---

1. Termenul de *pervaziv* (în engleză, *pervasive*) descrie o serie de tulburări/dificultăţi manifestate în multiple arii de dezvoltare, şi nu în arii specifice; dificultăţile dintr-o arie de dezvoltare (de exemplu, cea socială) au impact asupra altor arii de dezvoltare (de exemplu, comunicarea).
2. Conform orientărilor în vigoare, prin noţiunea de *nevăzător* se înţelege acea categorie de deficienţi vizuali care au capacitatea de autoservire pierdută şi dreptul la însoţitor permanent.

- cecitate absolută – valorile acuităţii vizuale (VAO) sunt egale cu zero (cu perceperea mişcărilor mâinii, cu sau fără perceperea luminii, anoftalmie bilaterală congenitală operatorie);
- cecitate relativă (practică sau socială) în care valorile acuităţii vizuale sunt cuprinse între următoarele limite: de la VAO = 1/200 (la 25 cm distanţă numără degetele) la VAO = 1/25 (la 2 m distanţă numără degetele);
- deficienţii vizuali care au valorile acuităţii vizuale cuprinse între 0,04 (la 2 m distanţă numără degetele) şi 0,1 (la 5 m distanţă numără degetele) se încadrează în grupa ambliopilor (ambliopii mari sau forte) şi nu sunt încadrabili în forma gravă de handicap; aceste categorii se pot încadra în gradul accentuat de handicap;
- pentru gradul mediu de handicap se pot lua în discuţie valorile: VAO = 1/3-1/8 inclusiv;

b) *Tulburări/afecţiuni ale structurii şi funcţiilor auzului*:
- hipoacuzie congenitală sau dobândită precoce cu demutizare slabă sau nulă (poate fi asimilată gradului mediu de handicap);
- tulburări de auz bilateral (cu pierdere de peste 70 db, calculată pe audiogramă, care se protezează greu) sau asociate cu tulburări psihice şi de limbaj (se poate acorda gradul mediu de handicap).

• *Afecţiuni ale structurii laringelui şi funcţiilor sale:*
- laringectomizare parţială cu tulburări de fonaţie şi deglutiţie sau cu gastrostomă permanentă, care reprezintă o infirmitate mare ce marchează psihicul bolnavului (se poate asimila cu gradul accentuat de handicap);
- laringectomizare totală sau cu traheostomă permanentă (încadrarea într-o formă accentuată sau gravă de handicap va fi apreciată în funcţie de recomandarea medicului de specialitate); la această categorie de afectare se iau în considerare şi malformaţiile congenitale ale gurii (keilo-palato-skizis etc.).

• *Afecţiuni ale structurii sistemului cardiovascular şi ale funcţiilor sale*.

Prezentăm în continuare o serie de exemple de categorii principale de afecţiuni cardiovasculare:
- cardiopatii cu insuficienţă cardiacă cronică clinic manifestă;
- miocardiopatii primitive;
- hipertensiune arterială (HTA), stadiul II şi III cu complicaţii;
- pericardite cronice cu semne de insuficienţă cardiacă;
- cordul pulmonar cronic cu semne importante de hipertensiune în mica circulaţie;
- tulburările de ritm şi conducere severe (de exemplu, extrasistole ventriculare, fibrilaţie, flutter atrial, tahicardia paroxistică repetitivă etc.);
- polimalformaţii cardiovasculare şi/sau ale altor organe;
- afecţiuni vasculare periferice (arteriale, venoase, limfatice) care determină impotenţa funcţională a segmentelor subiacente, tulburări trofice marcate la două sau mai multe membre;
- purtători de *pacemaker* şi protezaţi valvulari;
- valvulopatii reumatismale cu insuficienţă cardiacă.

Pentru asimilarea pe grade de handicap se vor lua în considerare:
- natura afecţiunii şi stadiul ei evolutiv;

- răspunsurile la intervenţiile terapeutice ;
- efectul afecţiunii cardiovasculare asupra altor organe şi sisteme ;
- asocieri patologice ;
- existenţa insuficienţei cardiace exprimate în grade NYHA (New York Heart Association).

Încadrarea în categoria de persoane cu handicap prin afecţiuni cardiovasculare exprimate în grade NYHA se face după cum urmează :
- gradul II – bolnavi care nu prezintă tulburări funcţionale la eforturi mici, dar prezintă astfel de tulburări la eforturi de o intensitate sau durată mare, însoţite şi de o limitare a capacităţii de efort ; este asimilat cu gradul mediu de handicap ;
- gradul III – bolnavi fără simptome în repaus, dar cu tulburări funcţionale chiar la eforturi mici ; de asemenea, apare şi o limitare a capacităţii de efort ; poate fi asimilat cu gradul accentuat de handicap ;
- gradul IV – bolnavi cu dispnee chiar în repaus, tulburările funcţionale accentuându-se la orice efort ; se pot lua în considerare, după caz, şi valorile gazometriei sangvine ; poate fi asimilat cu forma gravă de handicap.

Pentru grupele de vârstă pentru care nu se pot evalua gradele NYHA, se va lua în considerare gradul de deficienţă funcţională. În cazul intervenţiilor chirurgicale din sfera cardiacă, gradul de handicap se apreciază în funcţie de amploarea intervenţiei şi de rezultatul postoperator. Forma gravă de handicap se acordă pe o perioadă de 6-12 luni. Ulterior, aprecierea se face în funcţie de evoluţie şi de recomandările medicale.

• *Afecţiuni ale structurii aparatului respirator şi ale funcţiilor sale*

Exemple de categorii principale de afecţiuni respiratorii ar fi următoarele :

a) afecţiuni pulmonare cronice evolutive : tuberculoza bronhopulmonară şi pleurală activă sau activ-regresivă ; supuraţie bronhopulmonară permanentă sau cu pusee frecvente ; în aceste cazuri se apreciază o deficienţă funcţională respiratorie ce afectează semnificativ activitatea şi participarea – poate fi asimilată cu gradul accentuat de handicap ; formele severe (deficienţe funcţionale respiratorii grave) care necesită îngrijire din partea altei persoane pot fi asimilate cu forma gravă de handicap ;
b) afecţiuni bronhopulmonare cronice cu tulburări funcţionale intermitente sau permanente (astm bronşic infantil, bronşita obstructivă cronică) :
   - forma clinică moderată (o criză de astm pe săptămână sau fenomene bronşitice relativ rare, cu pusee la două-trei luni) se apreciază că este o deficienţă funcţională medie şi poate fi asimilată cu încadrarea în gradul mediu de handicap ;
   - forma clinică severă (o criză de astm pe zi sau mai frecvent, rebelă la tratament bronhodilatator şi/sau corticodependentă sau forme de bronşită cronică, cu acutizări frecvente, semne clinice severe etc.) se apreciază ca deficienţă funcţională accentuată şi poate fi asimilată cu gradul accentuat de handicap ;
   - formele clinico-funcţionale grave, cu insuficienţă cardiorespiratorie severă ireductibilă – se apreciază ca deficienţe funcţionale grave şi pot fi asimilate cu forma gravă de handicap, necesitând îngrijire din partea altei persoane ;
c) sechelele după tuberculoza pulmonară sau după intervenţii chirurgicale ori traumatism toracic ; la aceşti bolnavi, handicapul, deci deficienţa funcţională respiratorie, se apreciază în funcţie de aspectul funcţional detectat prin teste spirografice sau gazometrie sangvină ;

d) anomaliile congenitale cu tulburări funcţionale şi/sau insuficienţă respiratorie cronică şi efectele lor asupra activităţii şi participării pot conduce la un handicap care este apreciat în baza testelor spirografice sau gazometriei sangvine.

• *Afecţiuni ale structurii sistemului imunitar şi ale funcţiilor sale*

Bolile cu deficit imunitar cronic sunt: SIDA, hipogamaglobulinemia, agranulocitoza – asimilabile cu forma gravă de handicap. Pentru aprecierea severităţii afectării HIV-SIDA, se vor avea în vedere stadiile clinico-imunologice, conform clasificării infecţiei HIV pediatrice CDC – Atlanta, 1994;

Prezintă deficienţă funcţională medie:

- leucemia acută;
- leucemia cronică;
- trombocitemiile persistente;
- anemiile între 7 şi 8 g%, rezistente la tratament;
- hemofilia cu manifestări hemoragice;
- boala Hodgkin în stadiile I şi II.

Deficienţa funcţională accentuată se manifestă în:

- leucemia acută;
- leucemiile cronice rezistente la tratament;
- leucemiile cronice trecute în stadiul de metamorfozare blastică;
- policitemiile complicate cu hipertensiune arterială, insuficienţă cardiacă, mieloscleroză, tromboembolii, transformare în leucemie acută;
- trombocitemiile hemoragice însoţite de complicaţii tromboembolice;
- anemiile sub 7 g%, rezistente la tratament;
- boala Hodgkin în stadiile III şi IV;
- mielomul multiplu cu fracturi multiple, cu anemie moderată sau severă, sindrom hemoragic, insuficienţă renală;
- trombocitopeniile cu hemoragii frecvente şi severe, cu anemie hipocromă medie sau severă.

Deficienţa funcţională gravă apare în:

- formele cu deficienţe motorii importante, sechele ale unor complicaţii neurologice ca urmare a afecţiunilor hemoragice;
- anemiile severe rebele la tratament;
- boala Hodgkin în stadiul IV, cu complicaţii severe.

• *Afecţiuni ale structurii şi funcţiilor sistemelor digestiv, metabolic şi endocrin*

Categoriile principale de afecţiuni *digestive* sunt:

- afecţiuni de diverse tipuri, cu tulburări importante de nutriţie (deficit ponderal peste 20% la adolescenţi şi 25% la sugari);
- insuficienţă hepatică cronică medie şi severă (probată prin teste de laborator);
- hepatită cronică activă (hepatita agresivă);
- ciroza hepatică;
- insuficienţa pancreatică cronică exocrină; fibroza chistică de pancreas.

Pentru insuficienţa hepatică cronică (forma medie) se poate acorda gradul mediu de handicap. Pentru forma severă se poate aprecia gradul accentuat de handicap. Pentru ciroză se poate aprecia forma gravă de handicap.

Categoriile principale de *afecţiuni endocrine* sunt următoarele:

– insuficienţa hipofizară accentuată gravă, tulburări grave de nutriţie, insuficienţa corticosuprarenală şi tulburări psihice;
– diabet insipid rezistent la tratament;
– hipertiroidism cu visceralizări (cardiace) şi tulburări de nutriţie;
– hiperparatiroidismul şi hipoparatiroidismul documentate;
– mixedemul;
– hiperaldosteronismul primar de evoluţie, cu sechele cardiovasculare şi renale relativ echilibrate sub tratament.

Pentru asimilare pe grade se vor avea în vedere: stadiul afecţiunii şi eventualele complicaţii, răspunsul terapeutic, eventualele asocieri posibile. Pentru insuficienţa hipofizară accentuată sau gravă se poate asimila forma gravă de handicap. Pentru mixedem cu răspuns terapeutic se poate asimila gradul accentuat de handicap. Intoleranţa la gluten/lactoză se poate asimila cu gradul accentuat de handicap.

Principalele categorii de tulburări cronice de metabolism şi nutriţie sunt următoarele:

a) acidoza metabolică cronică, fenilcetonurie, glicogenoze, porfirie cu tulburări polinevritice şi tulburări psihice severe şi semne importante de hepatită cronică (se poate asimila gradului accentuat de handicap);
b) degenerescenţa hepatolenticulară (Wilson) – se poate acorda gradul accentuat de handicap;
c) diabet zaharat juvenil cu formele următoare:
   – diabet zaharat insulinodependent echilibrat, compensat, necomplicat – se apreciază ca deficienţă funcţională de nutriţie medie şi poate fi încadrat în gradul mediu de handicap;
   – diabet zaharat insulinodependent dezechilibrat, necomplicat, care necesită tratament strict supravegheat, ca şi formele insulinorezistente – se apreciază că prezintă o deficienţă funcţională şi de nutriţie accentuată şi poate fi încadrat în gradul accentuat de handicap;
   – diabet zaharat decompensat cu comă acidocetozică, hiperosmotică repetată şi complicat cu polineuropatie, retinopatie şi metropatie – se apreciază că determină o deficienţă funcţională de nutriţie accentuată şi poate fi asimilată cu încadrarea în gradul accentuat de handicap;
   – formele grave de diabet zaharat cu caşexie gravă, cu complicaţii de tip cecitate şi polineuropatii grave – se apreciază că determină o deficienţă funcţională de nutriţie gravă şi pot fi asimilate cu încadrarea în formele grave de handicap, necesitând îngrijire din partea altei persoane; copiii cu diabet din grupa de vârstă 0-7 ani care prezintă probleme deosebite de alimentaţie şi administrare a tratamentului se pot încadra în forma gravă de handicap, în baza recomandării medicale;
d) intoleranţă la gluten/lactoză – se poate încadra în gradul accentuat de handicap;

e) formele de rahitism vitaminorezistent, confirmate prin repetate internări în spital, se apreciază că determină o deficienţă de nutriţie accentuată care poate fi asimilată cu încadrarea în gradul accentuat de handicap;
f) stările de caşexie gravă şi deperdiţie proteică de diverse etiologii se apreciază că determină o deficienţă de nutriţie gravă când depăşesc un deficit ponderal de 25% şi pot fi asimilate cu încadrarea în forma gravă de handicap, necesitând îngrijiri din partea altei persoane.

• *Afecţiuni ale structurii funcţiilor aparatului urinar*

Afecţiunile renale cu insuficienţă renală cronică documentată, indiferent de cauză, sunt împărţite, în principal, după cum urmează:

- cauze malformative (de exemplu, agenezia renală unilaterală, hipoplazia renală, rinichi polichistic, rinichi în potcoavă etc.);
- cauze tumorale (de exemplu, tumora Wilms);
- hidronefroza de gradul III;
- hipertensiune reno-vasculară severă sau malignă;
- litiaza renală sau ureterală aseptică pe rinichi unic sau bilaterală;
- nefrocalcinoza unilaterală cu rinichi controlateral afectat;
- rinichi unic chirurgical, cu afectarea funcţiei renale a rinichiului restant.

Pentru tumora Wilms în stadiu inoperabil se poate acorda forma gravă de handicap; pentru hipertensiune renovasculară severă sau malignă se poate acorda gradul accentuat de handicap, la fel şi pentru rinichi unic chirurgical cu afectarea funcţiei renale şi pentru hidronefroza de gradul III.

• *Afecţiuni ale structurii şi funcţiilor aparatului locomotor şi corespunzătoare mişcării*

1. *Afecţiuni osteoarticulare*
   - boli constituţionale ale oaselor;
   - malformaţii ale membrelor şi segmentelor corpului;
   - redori şi anchiloze la nivelul articulaţiilor membrelor;
   - amputaţii uni- şi bilaterale;
   - pseudoartroze neoperabile la nivelul membrelor;
   - proteză totală de şold cu tulburări de statică şi mers;
   - infecţii cronice invalidante (de exemplu, osteomielita cronică, fistule osoase în evoluţie etc.);
   - osteonecroze cronice invalidante, indiferent de etiologie (de exemplu, osteonecroza de cap femural);
   - leziuni de corpuri vertebrale cu modificări ale articulaţiilor intervertebrale (cu modificări de statică şi mobilitate a coloanei);
   - deformări rahitice grave cu tulburări de postură, locomoţie sau respiraţie;
   - luxaţia congenitală de şold (pe perioada imobilizării în aparat gipsat).

   Pentru asimilarea pe grade de handicap se vor lua în considerare, în plus faţă de evaluarea psihosocială, următoarele aspecte:
   - implicaţiile asupra realizării posturii ortostatice, mersului, variantelor posturale – în cazul afectării coloanei vertebrale şi membrelor pelvine (inferioare);

- implicaţii asupra gestualităţii de prehensiune, amplitudinii deplasărilor gestuale, posibilităţii realizării gesturilor fine şi precise – în afecţiunile membrelor toracale (superioare) ;
- caracterul evolutiv sau regresiv al afecţiunii ;
- posibilităţile terapeutice, inclusiv ortezare şi protezare ;
- asocieri cu afecţiuni musculare, neurologice, somatice ;
- asocieri cu tulburări circulatorii loco-regionale ;
- prezenţa unor procese supurative acute sau cronice.

Pentru afecţiunile locomotorii osteoarticulare, încadrarea în grade de handicap se face după următoarele aspecte :
- deficienţa funcţională medie – reducerea posibilităţii de realizare şi menţinere a ortostatismului, mersului, prin poziţii vicioase ale trunchiului şi membrelor, prin limitarea variantelor posturale sau a deplasărilor gestuale ;
- deficienţa funcţională accentuată – reducerea semnificativă sau pierderea posibilităţilor de realizare şi menţinere a ortostatismului, mersului, a gestualităţii de prehensiune la un membru, asociată cu reducerea acestor posibilităţi la membrul controlateral, prin caracterul evolutiv al afecţiunii ori complicaţii sau asocieri morbide ;
- deficienţa funcţională gravă – pierderea gestualităţii ambelor membre superioare sau a posibilităţilor de mers şi ortostatism, prin caracterul diseminat al afecţiunii (neoplasme) şi prin evoluţie ireversibilă spre exitus.

La toate acestea se mai adaugă colagenozele (spre exemplu, boala lupică – LED, sclerodermia cu tulburări cutanate specifice şi cu fenomene pulmonare (fibroza pulmonară), poliartrita reumatoidă în evoluţie sau cu sechele la nivelul articulaţiilor pumnului şi degetelor, determinând limitarea gestualităţii etc. În aceste cazuri se vor avea în vedere implicaţiile asupra funcţiilor vitale şi posibilităţile de realizare a gestualităţii, precum şi limitările funcţionale motorii.

2. *Afecţiuni musculare*
   - anomalii şi malformaţii congenitale care împiedică poziţia statică şi locomoţia (de exemplu, hipertrofii congenitale, redori şi retracţii musculare) ;
   - boli degenerative – distrofii musculare progresive (de exemplu, distrofia Duchenne, miopatii în centură, distrofia musculară progresivă congenitală, distrofii miotonice) ;
   - miastenia ce determină fatigabilitatea rapidă, cu tulburări de locomoţie, manipulare, fonaţie, respiraţie ;
   - glicogenoze (de exemplu, tip II – boala Pompe).

   Pentru asimilare pe grade de handicap se evaluează :
   - implicaţiile lor asupra realizării posturii ortostatice, mersului, variantelor posturale ;
   - afectarea coloanei vertebrale şi membrelor pelvine ;
   - implicaţiile asupra gestualităţii de prehensiune, asupra amplitudinii deplasărilor gestuale, posibilităţii realizării gesturilor fine şi precise în afecţiunile membrelor superioare ;
   - caracterul evolutiv sau regresiv al afecţiunii ;
   - posibilităţile terapeutice, inclusiv ortezare şi protezare ;
   - asocieri cu afecţiuni neurologice, osteoarticulare sau somatice ;
   - prezenţa tulburărilor circulatorii loco-regionale ;
   - prezenţa sau absenţa fenomenelor sfincteriene ;
   - prezenţa tulburărilor de masticaţie, deglutiţie, fonaţie şi respiraţie.

• *Afecţiuni ale structurii pielii, anexelor şi funcţiilor tegumentului*

Categoriile principale de afecţiuni dermatologice sunt: afecţiuni cronice ale pielii, cu caracter de boli generale sau fiind expresia unei boli sistemice ori care, prin efectul lor, limitează semnificativ postura şi gestualitatea (de exemplu, epidermoliza buloasă, cicatrice postarsură mutilante şi invalidante). Pentru aceste afecţiuni, avându-se în vedere şi cele enunţate, se poate face asimilarea cu gradul accentuat de handicap.

• *Afecţiuni legate de boala canceroasă*

- afecţiunea într-un stadiu curabil – poate orienta spre asimilare temporară cu gradul accentuat de handicap;
- stadiul avansat/inoperabil cu tulburări funcţionale majore determinate de boală – poate orienta spre forma gravă de handicap; în cursul tratamentului intensiv, conform recomandărilor medicului curant, se poate aprecia forma gravă de handicap pe o perioadă de 12 luni, apoi în funcţie de evoluţie;
- postterapeutic, la doi ani de la întreruperea tratamentului, se poate face încadrarea în gradul mediu de handicap, dacă nu sunt semne de recidivă locală sau regională ori tulburări funcţionale postterapeutice.

• *Afecţiuni multiple ale organismului legate de boli genetice invalidante*

Bolile genetice invalidante sunt aberaţii cromozomiale – trisomia 18, trisomia 21, trisomia 13 –; în raport cu afectarea capacităţii intelectuale, de comunicare, prezenţa comorbidităţii şi a restricţiilor de participare, pot fi încadrate în grade diferite de handicap.

• *Afecţiuni ale organismului legate de transplantul de organe*

În stările posttransplant se apreciază handicap grav în primele 12 luni de la transplant; ulterior, gradul de handicap se stabileşte în funcţie de evoluţie şi de recomandările medicale.

Activităţile desfăşurate cu diferite categorii de persoane cu cerinţe speciale au demonstrat că diferenţele psihoindividuale ale deficienţilor de diferite categorii conferă atât psihodiagnozei, cât şi prognozei o serie de caracteristici specifice. În plus, psihodiagnoza şi prognoza pe termen scurt stau la baza elaborării şi structurării programelor de intervenţie recuperativ-compensatorii şi adoptării unei metodologii adecvate procesului instructiv-educativ.

3.4. Metode şi mijloace de investigaţie psihopedagogică a persoanelor cu cerinţe speciale

Cunoaşterea particularităţilor psihopedagogice ale fiecărui copil cu cerinţe educative speciale, indiferent de tipul deficienţei, precum şi stabilirea unui diagnostic diferenţial au la bază (pe lângă indicii de natură etiologică sau nosologică) şi o serie de metode ştiinţifice grupate în două mari categorii:

- metode şi mijloace accesibile tuturor categoriilor de specialişti (cadre didactice, instructori de educaţie, specialişti terapeuţi etc.);
- metode şi mijloace de uz intern, folosite de persoane care au o pregătire specială în acest scop (diagnosticieni, psihologi, psihopedagogi, pedagogi, consilieri şcolari).

În prima categorie pot fi incluse următoarele metode şi mijloace de cunoaştere a persoanelor cu cerinţe speciale :

Observaţia reprezintă urmărirea conştientă şi sistematică a reacţiilor, atitudinilor şi comportamentelor unei persoane, în totalitatea lor, în cele mai variate situaţii, pe baza evidenţierii trăsăturilor caracteristice fiecărui individ în parte. După M. Zlate, calitatea observaţiei depinde de o serie de factori cum ar fi :

- particularităţile psihoindividuale ale observatorului (concentrarea atenţiei, capacitatea de sesizare a esenţialului, intuiţia etc.) ;
- ecuaţia personală a observatorului : tip evaluativ, tip descriptiv, tip imaginativ, tip erudit ;
- caracteristici ale percepţiei : selectivitatea percepţiei, factori sociali care pot modela sau deforma percepţia etc.

De asemenea, se ştie că procesele, stările, însuşirile psihice nu pot fi studiate, cunoscute în mod direct, ci indirect, prin modalităţile lor de manifestare în conduită. Astfel, în momentul observaţiei, accentul trebuie pus pe o serie de manifestări cu o relevanţă crescută din punctul de vedere al încărcăturii psihice :

- manifestări de conduită, inclusiv cele implicate în diferite activităţi de joc, învăţare sau muncă ;
- manifestări implicate în comunicare (conduitele verbale, orale şi scrise, mimica, gestica etc.) ;
- manifestările neurovegetative sau rezonanţele vegetative ale activităţii psihice : modificarea bătăilor inimii, a respiraţiei, înroşirea feţei, paloarea, tremurul vocii etc.

Observaţia, ca metodă indispensabilă cunoaşterii persoanelor cu cerinţe speciale, poate fi : spontană sau provocată, integrală sau selectivă, continuă sau situaţională, directă sau indirectă, structurată (folosind o grilă de observaţie) sau nestructurată, în condiţii naturale sau artificiale, transversală sau longitudinală. Această metodă are marele avantaj că este la îndemâna oricărui specialist şi oferă posibilitatea de a surprinde fenomene psihopedagogice, fie în modul lor natural de manifestare, fie în situaţii de reproducere a cunoştinţelor anterior asimilate. Astfel, observaţia reprezintă principalul mijloc de înregistrare a feedback-ului şi a relaţiilor cauzale referitoare la procesul terapeutic sau instructiv-educativ, pe baza cărora se pot formula strategii ameliorative sau predictive cu privire la actul învăţării sau recuperării.

Convorbirea reprezintă o conversaţie/discuţie între cel puţin două persoane, prin intermediul căreia se pot obţine informaţii despre motivele, aspiraţiile, interesele, trăirile afective etc. ale interlocutorului. Marele avantaj al convorbirii constă în faptul că permite, într-un timp relativ scurt, furnizarea unor informaţii numeroase, utile în înţelegerea motivelor interne ale conduitei şi opiniilor subiecţilor intervievaţi, precum şi în identificarea strategiilor cognitive ale atitudinii lor faţă de cei din jur (colegi, profesori, familie, anturaj etc.).

Convorbirea, ca metodă de cunoaştere a persoanelor cu cerinţe speciale[1], poate fi liberă sau structurată, spontană sau dirijată pe o tematică anterior fixată. Ea presupune

1. În cazul copiilor cu deficienţe de auz sau cu deficienţe multiple, metoda convorbirii capătă o serie de particularităţi care ţin fie de tipul şi canalul de comunicare, fie de contextul şi ambianţa în care are loc convorbirea, fie de dificultatea transmiterii şi înţelegerii mesajului.

cu necesitate respectarea personalităţii subiectului, competenţe psihosociale din partea intervievatorului (empatie, sociabilitate, răbdare, intuiţie) şi rigoare în consemnarea răspunsurilor. În practică, de cele mai multe ori, metoda convorbirii este asociată cu observaţia, completând astfel suma de informaţii cu privire la subiectul cercetat.

Convorbirea, în contextul cunoaşterii elevilor cu cerinţe speciale, poate îmbrăca mai multe forme:

- convorbirea dintre profesor şi elevi;
- convorbirea dintre terapeut/consilier/profesor de sprijin şi elevi;
- convorbirea dintre managerul şcolii şi elevi;
- convorbirea dintre părinţi şi copii/elevi;
- convorbirea dintre profesor şi asistenţii sociali sau tutorii copiilor cu cerinţe educative speciale etc.

Reuşita convorbirii depinde de gradul de sinceritate care se stabileşte între interlocutori, iar valoarea informaţiilor culese este asigurată de climatul de securitate şi încredere în care se desfăşoară discuţia.

Metoda biografică urmăreşte culegerea de informaţii cu privire la:

a) mediul social de origine şi condiţiile materiale:
   - structura familiei;
   - condiţiile materiale şi de locuit;
   - părinţii – profesie, nivel cultural;
   - relaţiile dintre părinţi, precum şi dintre părinţi şi copii;
   - climatul afectiv din familie;
   - particularităţile educaţiei primite în familie;
   - evenimente deosebite din viaţa de familie (divorţuri, accidente, decese, conflicte etc.);

b) pregătirea generală:
   - ruta şcolară;
   - discipline preferate;
   - rezultate obţinute;
   - metode de pregătire preferate;
   - comportamentul în relaţiile cu colegii;
   - ocupaţii de vacanţă şi timp liber;
   - împrejurări/experienţe/factori determinanţi în orientarea spre o anumită şcoală sau profesie;

c) atitudini şi conduite:
   - atitudini şi conduite specifice din viaţa cotidiană (familie, şcoală, timp liber, situaţii critice etc.);
   - atitudini şi conduite faţă de muncă, faţă de valorile sociale;
   - atitudini faţă de propriile calităţi şi defecte;

d) proiecte/planuri/aspiraţii de viitor:
   - domenii de interes;
   - moduri de realizare.

Un tip particular al metodei biografice este *studiul de caz*, care reprezintă o investigaţie în legătură cu un subiect / grup de subiecţi sau cu o situaţie instituţională specifică.

El poate fi focalizat pe un moment problematic din viaţa şcolară, profesională sau de zi cu zi a subiectului sau pe un subiect / grup de subiecţi într-o situaţie deosebită, cu implicaţii puternice în evoluţia lor ulterioară. Informaţiile sunt culese prin diferite metode de către una sau mai multe persoane, în legătură directă cu cazul respectiv, apoi are loc schimbul de păreri care facilitează explicaţiile cele mai plauzibile cu privire la situaţia concretă şi identificarea măsurilor şi procedeelor de rezolvare eficientă a situaţiei (în Anexa 16 este prezentat un cadru general de realizare a unui studiu de caz pentru un subiect care prezintă un anumit tip de problemă / situaţie problematică).

Metoda experimentală este metoda care solicită o anumită rigoare, întâlnită mai ales în situaţiile în care se doreşte verificarea ipotezelor unei cercetări sau când se doreşte obţinerea unor date precise şi obiective cu privire la un fenomen sau o situaţie-tip, atent controlate şi înregistrate prin intermediul variabilelor dependente şi independente. Aplicarea acestei metode necesită o mare documentare din partea cercetătorului/experimentatorului, folosirea unor instrumente şi condiţii de lucru atent elaborate şi verificate şi folosirea unui aparat statistic adecvat. Marele avantaj al acestei metode este relevanţa crescută a datelor obţinute, fapt ce permite efectuarea unor generalizări şi predicţii cu privire la fenomenul sau situaţia şcolară studiată.

În contextul activităţilor şcolare, întâlnim câteva metode specifice care pot fi utilizate şi în analiza/studiul elevilor cu cerinţe speciale :

Analiza produselor activităţii oferă o sumă de date cu privire la interesele, aptitudinile şi capacităţile elevului, concretizate în ceea ce produce în timpul activităţilor şcolare şi extraşcolare, informaţii despre intimitatea vieţii psihice (apare o proiecţie a trăirilor interne în ceea ce elevul produce), despre imaginaţia şi creativitatea acestuia. Folosită mai ales în studiul aptitudinilor, metoda de analiză a produselor activităţii permite identificarea elevilor cu înclinaţii spre un anumit domeniu sau cu un potenţial creativ remarcabil, fapt cu implicaţii majore în orientarea şcolară şi profesională şi în tratarea diferenţiată a strategiilor educaţionale pentru diferite categorii de elevi. În funcţie de vârsta copilului şi de experienţa sa în direcţia valorificării potenţialului aptitudinal pot fi considerate produse ale activităţii : creaţiile literare, desene, modelaje, modalităţi proprii de rezolvare a unor probleme/situaţii-problemă, compoziţiile sau obiectele realizate la orele de activităţi practice/atelier etc. În analiza acestora se urmăresc în special spiritul de independenţă, bogăţia vocabularului, capacitatea de reprezentare şi de punere în practică a cunoştinţelor teoretice, stilul realizării, originalitatea, concentrarea atenţiei, precizia şi rigoarea, iniţiativa, complexitatea şi utilitatea produselor realizate.

Analiza documentelor şcolare oferă informaţii despre ruta şcolară, randamentul şi nivelul învăţării, atitudinea şi interesul faţă de actul învăţării şi faţă de muncă. Documentele şcolare care fac obiectul analizei sunt : cataloage, foi matricole, lucrări/comunicări/referate la manifestări / cercuri ştiinţifice, teze / lucrări de control, lucrări/proiecte efectuate în scopul evaluării orelor de practică de specialitate sau la absolvirea unui ciclu/nivel de învăţământ.

Metodele sociometrice sunt reprezentate în general de :

a) *chestionarul sociometric* – poate conţine una sau mai multe întrebări care vizează nominalizarea unor alegeri (de exemplu : *Care sunt prietenii tăi cei mai buni din clasă ?* sau *Numeşte cel puţin 3-5 colegi de clasă pe care îi simpatizezi cel mai mult* etc.) ;
b) *testul sociometric* – conţine mai mulţi itemi selectaţi pe anumite criterii, prin care elevii clasei sunt solicitaţi să-şi exprime preferinţele, respingerile sau indiferenţa faţă

de colegii de clasă (spre exemplu, cu privire la unele activităţi ce pot fi desfăşurate în comun: efectuarea temelor, excursii/tabere, activităţi de timp liber etc.).

Aceste metode oferă o serie de informaţii cu privire la sintalitatea grupului de elevi dintr-o clasă şi permite evidenţierea unor interese comune care pot constitui un pretext pentru introducerea învăţării pe grupe în cadrul activităţilor didactice sau pentru evaluarea calităţii relaţiilor în clasele unde sunt integraţi şi elevi cu cerinţe educative speciale sau cu diferite tipuri de dizabilităţi. Marele dezavantaj al acestor metode este reprezentat de riscul exprimării unor alegeri/respingeri fără o motivaţie clară sau fără un grad minim de obiectivitate (lipsa de obiectivitate sau de sinceritate din partea elevilor).

Metoda aprecierii obiective a elevilor (Gh. Zapan), aparent similară cu metodele sociometrice, pune la dispoziţia profesorului informaţii provenite din aprecierea elevilor de către elevi cu privire la o însuşire anume; astfel, pe lângă o mai bună cunoaştere a elevilor clasei, este exersată capacitatea elevilor de a emite aprecieri obiective referitoare la o situaţie şcolară în care sunt implicaţi colegii de clasă. Metoda este accesibilă oricărui cadru didactic care, iniţial, trebuie să explice elevilor, printr-o descriere adecvată, însuşirea supusă identificării, iar apoi fiecare elev va clasifica, după propria părere, pe primii, respectiv ultimii cinci colegi de clasă cu referire la însuşirea/trăsătura prezentată (de exemplu: *Apreciaţi primii cinci colegi altruişti şi ultimii cinci colegi mai puţin altruişti din clasa voastră* sau *Apreciaţi primii trei colegi buni la matematică şi ultimii trei colegi care nu sunt buni la matematică*).

Alături de metodele prezentate până acum, orice cadru didactic sau specialist mai poate apela şi la chestionare, scale şi teste care nu solicită un anume regim de utilizare a acestora şi care pot fi uşor traduse în informaţii utile pentru cunoaşterea elevilor unei clase (interese, atitudini, opinii ale elevilor etc.) sau a altor aspecte referitoare la problematica persoanelor cu cerinţe speciale. De menţionat că *rezultatele unor astfel de instrumente* (adică fără un regim special de utilizare) *au o relevanţă relativ scăzută din punctul de vedere al rigorii ştiinţifice*, ceee ce impune reţinere în susţinerea unui diagnostic valid sau al unui portret psihologic obiectiv, însă ele pot fi utilizate ca pretext în cunoaşterea reală a subiecţilor supuşi evaluării. Dar, pentru a întregi suma informaţiilor necesare unei cunoaşteri depline a persoanelor cu cerinţe speciale, este necesară utilizarea unor metode elaborate, standardizate şi etalonate pe baze ştiinţifice, metode recunoscute pentru validitatea şi fidelitatea rezultatelor lor. În această categorie sunt incluse chestionarele şi testele psihologice, care pot fi de mai multe tipuri, fiecare răspunzând unor sectoare/domenii bine precizate ale vieţii psihice umane.

Chestionarele/inventarele de personalitate sunt metode de examinare psihologică pe bază de întrebări şi răspunsuri, în condiţii standardizate folosite în psihodiagnostic; din această cauză ele nu trebuie confundate cu chestionarele utilizate în scop de cercetare, cu scalele de măsurare a atitudinilor sau cu testele de personalitate. Aceste instrumente permit investigarea unui număr mare de subiecţi într-un timp relativ scurt şi au în vedere trăsăturile, dominantele personalităţii, mentalităţile, modul de raportare la unele evenimente, situaţii, comportamente, aspiraţii, opţiuni profesionale etc.

Dintre cele mai cunoscute chestionare/inventare de personalitate enumerăm:
- Inventarul de personalitate 16 PF (R.B. Cattel);
- Inventarul de personalitate Freiburg – FPI;
- Inventarele de personalitate ale lui Eysenck;

- Chestionarul caracterologic al lui Gaston Berger ;
- Chestionarul O – de ostilitate ;
- Chestionarul de anxietate morală (L.R. Good şi Catherine C. Good) ;
- Chestionarul W-M (Woodworth-Mathews) ;
- Inventarul de temperament Guilford-Zimmerman ;
- Chestionarul de personalitate Guilford-Zimmerman ;
- Chestionarul de temperament Strelau – STIR ;
- Bateria G.C. Bontilă ;
- Chestionarul pentru determinarea temperamentului (elaborat de D. Tudoran) ;
- Inventarul P.A. (personalităţi accentuate, după Karl Leonhard) ;
- Chestionarul de tendinţe accentuate Schmiescheck ;
- Inventarul de personalitate Singer-Loomis – SLIP ;
- Chestionarul de orientare adaptivă a adolescenţilor, al lui J.M. Patterson şi H.J. McCubbic ;
- Scala imaginii de sine în comportament a lui R.L. Williams şi E.A. Workman ;
- Chestionarul de percepere a autocontrolului, al lui L.L. Humprey ;
- Indexul de adaptare şi valori Bills etc.

În limbajul obişnuit, în categoria *testelor de personalitate* sunt asimilate chestionarele şi inventarele de personalitate. În literatura de specialitate, cele două categorii de instrumente se deosebesc în principal prin faptul că testul supune subiectul la o probă, cerându-i să reacţioneze fără să pretindă autoapreciere, ceea ce duce la o mai mare precizie şi validitate a concluziilor, comparativ cu chestionarele/inventarele de personalitate, care apelează la introspecţie şi autoevaluare, ceea ce determină un grad ridicat de subiectivitate a răspunsurilor oferite de subiect.

Testele de personalitate se împart în trei mari categorii :

a) *teste obiective de personalitate* – apelează la sarcini concrete, iar ipoteza care stă la baza lor consideră că stilul persoanei (constanta comportamentului) se manifestă cu elemente comune într-o mare varietate de activităţi ; câteva dintre cele mai cunoscute tipuri de teste obiective de personalitate ar fi :
   - teste de asociaţie verbală ;
   - teste pe bază de probe perceptive ;
   - teste de apreciere a umorului ;
   - teste de perseverare – senzoriale, motrice, motrice alternantă, asociativă ;
b) *teste situaţionale* – urmăresc implicarea subiectului în situaţii cât mai apropiate de realitate pentru a-i observa reacţiile fireşti, încercându-se evitarea condiţiilor artificiale de laborator ;
c) *teste proiective* – accentuează rolul inconştientului ca un sistem de structuri afective, cognitive şi motorii, care influenţează comportamentul individual ; pot fi de mai multe tipuri :
   - teste proiective constitutive – furnizează subiectului un material nestructurat, neorganizat, solicitând acestuia să-i dea un sens ; exemplul tipic în acest caz este testul Rorschach ;
   - teste proiective constructive sau teste expresive care apelează la desen ori la organizarea şi îmbinarea într-un întreg a unor elemente. Exemple : testul arborelui ;

testul familiei ; testul casei ; testul satului ; testul lumii ; testul mozaicului ; testul Warteg ; scenotestul ; desenul cu degetul pe sticlă etc ;
- teste proiective interpretative – utilizează o serie de materiale în care subiectul descoperă un număr de semnificaţii afective ; cele mai cunoscute sunt : TAT (*Thematic Apperception Test*) ; CAT (*Children Apperception Test*) ; Testul *Pata neagră* ;
- teste proiective de completare – pot evidenţia unele complexe emoţionale folosind metoda asociaţiei de cuvinte sau teste de completare a unor fraze sau povestiri ;
- teste proiective refractive – pun accent pe distorsiunea care are loc în mijloacele de comunicare ; cele mai des utilizate sunt testul culorilor a lui Max Lucher şi grafologia.

Testele de inteligenţă şi de dezvoltare intelectuală sunt de mai multe tipuri, însă, în practică, cel mai utilizat criteriu de diferenţiere are în vedere conţinutul sarcinilor.

În raport cu conţinutul sarcinilor putem întâlni :
- *teste nonverbale de inteligenţă* – nu sunt influenţate de factorii socioculturali şi multe dintre ele acoperă o tipologie diversă de subiecţi ; în această categorie de teste pot fi incluse : Matricele progresive Reaven, Testul nonverbal de inteligenţă – TNI, Labirintele Porteus ; testul *Reconstrucţia pătratului*, Cuburile Kohs, Coduri (teste de substituţie), Mozaicuri şi asamblări de obiecte, Încastrări (sarcini de tip puzzle) etc. ;
- *teste verbale de inteligenţă* – sunt saturate de factori socioculturali, ceea ce, în unele situaţii, conduce la mari diferenţe ale coeficientului de inteligenţă între subiecţi, diferenţe care, în unele circumstanţe, nu se justifică ; din această categorie fac parte : Testele verbale de inteligenţă – TVI, completările şi organizările de propoziţii, fraze, proverbe, probele verbale de aritmetică, identificarea sensurilor cuvintelor etc ;
- *teste mixte de inteligenţă* – îmbină sarcini verbale şi nonverbale, având un grad de obiectivitate mai ridicat ; cea mai reprezentativă din această categorie de teste este Scala de inteligenţă Wechsler (varianta WISC pentru copii şi WAIS pentru adulţi).

Testele de aptitudini – evidenţiază o serie de însuşiri relativ stabile ale personalităţii care condiţionează realizarea cu succes a diferitelor activităţi intelectuale, profesionale, artistice, ştiinţifice, tehnice, organizatorice, manuale, sportive etc.

Testele de aptitudini şcolare şi profesionale utilizate cel mai des în ţara noastră sunt :
- Bateria factorială PMA (*Primary Mental Abilities*) elaborată de L.L. Thurstone ;
- Bateria FACT pentru clasificarea aptitudinilor (*Flanagon Aptitude Classification Tests*) ;
- Bateria AS (*Aptitude Survey*) a lui Guilford şi Zimmerman ;
- Bateria DAT (*Differential Aptitude Tests*) ;
- Bateria GATB de aptitudini generale ;
- Bateria de aptitudini mecanice şi relaţii spaţiale ;
- Testul de aptitudini spaţiale Sarton ;
- Testul B-A pentru diagnosticarea gîndirii logice ;
- Bateria factorială standard Bonnardel ;
- Bateria factorială Manzione pentru orientare şcolară şi profesională ;
- Testul de aptitudini mecanice MacQuarrie ;
- Bateria BASC pentru aptitudini şcolare colective ;

- Bateria generală de aptitudini BGA (Boss) ;
- Bateria factorială BVK (Kouteynikoff) ;
- Bateria factorială de aptitudini BFA ;
- Testul Praga – pentru atenţie distributivă ;
- Testul Toulouse-Pieron – pentru atenţie concentrată ;
- Scala de dezvoltare motorie Lincoln-Ozeretsky ;
- Testul de dexteritate (J.E. Crawford) ;
- Bateria B.G.8 ;
- Testul de memorie Rey ;
- Testul de orientare spaţială (Guilford-Zimmerman) ;
- Testul *Figuri identice* – spirit de observaţie (L.L. Thurstone) ;
- Bateria de comprehensiune mecanică Kennes ;
- Teste de aptitudini manuale care folosesc diferite aparate etc.

Rezultatele „tehnice" ale chestionarelor, inventarelor şi testelor amintite nu au nici o valoare practică, dacă nu sunt însoţite de un protocol psihologic al specialistului diagnostician care are obligaţia să „traducă" respectivele rezultate în termeni uzuali, accesibili oricărui profesionist interesat de cunoaşterea psihopedagogică a subiecţilor evaluaţi.

În cele prezentate până acum am făcut doar o sumară inventariere a principalelor metode şi tehnici de cunoaştere a persoanelor/elevilor cu cerinţe speciale. Nu am făcut o detaliere mai amplă a lor, considerând că literatura psihologică şi pedagogică apărută până în prezent oferă suficiente informaţii cu privire la aceste metode şi tehnici. Însă cel mai important aspect care trebuie reţinut este faptul că datele culese cu ajutorul metodelor inventariate anterior se vor alătura altor categorii de date cuprinse în fişa de cunoaştere psihopedagogică a fiecărui copil/elev în parte. Această fişă ar trebui să însoţească elevul din prima zi de şcoală şi până la absolvirea şcolii (indiferent de nivelul sau treapta de şcolarizare absolvită). Astfel, s-ar evita o serie de activităţi repetitive şi ar exista o continuitate în demersul de cunoaştere a fiecărui elev în parte. Ar fi foarte utilă generarea unor astfel de practici, mai ales atunci când avem în vedere cunoaşterea, educarea, instruirea şi orientarea eficientă a fiecărui elev (cu sau fără dizabilităţi), astfel încât valorizarea potenţialului intelectual şi aptitudinal să se facă în cele mai bune condiţii după absolvirea şcolii. Câştigul ar fi atât de partea comunităţii care va putea să-şi integreze eficient membrii în activităţile productive, cât mai ales de partea elevului care nu va mai fi victima unei orientări şi pregătiri aleatorii generatoare de insatisfacţii şi conflicte în plan şcolar şi profesional. Se vorbeşte tot mai mult despre serviciile de consiliere pe baze ştiinţifice pentru o eficientă şi optimă orientare şcolară şi profesională. Această activitate extrem de dificilă are în vedere mai multe direcţii de acţiune :

- prospectiva educaţională şi profesională pe baza unor studii anticipative, care determină pe termen scurt, mediu şi lung viitoarele cerinţe în materie de competenţe educaţionale şi profesionale ;
- dinamica pieţei forţei de muncă ;
- adaptarea potenţialului aptitudinal şi a intereselor elevului la cerinţele reale ale unor profesii sau categorii de profesii înrudite ;
- cunoaşterea detaliată, prin intermediul unor metode consacrate, a fiecărui elev – rolul major al fişei de cunoaştere psihopedagogică a elevului.

În concluzie, dacă ar fi să analizăm evaluarea din perspectivă educaţională, la ce foloseşte acest amplu demers de cunoaştere a elevilor cu cerinţe speciale? Dacă se urmăreşte eficientizarea procesului instructiv-educativ, acest demers are o relevanţă crescută în modalităţile de formulare a obiectivelor didactice, în structurarea, accesibilizarea, operaţionalizarea şi flexibilizarea conţinuturilor lecţiei, alegerea metodelor şi mijloacelor didactice celor mai potrivite pentru nivelul şi particularităţile psihopedagogice ale elevilor clasei şi, nu în ultimul rând, alegerea modalităţilor şi strategiilor de evaluare care să evidenţieze cât mai obiectiv nivelul de pregătire al elevilor prin raportare la potenţialul lor intelectual şi aptitudinal.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Efectuaţi o analiză a procesului de evaluare a persoanelor cu dizabilităţi din perspectiva criteriilor şi principalelor domenii.
- Care sunt principalele repere utilizate în activitatea de evaluare/expertiză a copiilor/persoanelor cu cerinţe speciale?
- Analizaţi activitatea de evaluare în contextul intervenţiei educaţional-recuperatorii a copiilor cu cerinţe speciale.
- Care sunt efectele/consecinţele procesului de evaluare/expertiză a persoanelor cu dizabilităţi în contextul legislaţiei şi al programelor de intervenţie, asistenţă şi protecţie din ţara noastră?
- Efectuaţi o analiză din perspectiva principiilor care orientează procesul de expertiză/evaluare a cerinţelor educative speciale ale unui copil/elev şi pentru orientarea şcolară şi profesională a acestuia.
- Ce presupune evaluarea complexă a adulţilor cu dizabilităţi şi care sunt principalele categorii de afecţiuni/deficienţe/tulburări structurale şi funcţionale ale organismului ce pot determina starea de handicap a acestora?
- Prezentaţi sintetic principalele metode şi mijloace de investigaţie psihopedagogică a persoanelor cu cerinţe speciale.
- Care este diferenţa majoră între inventarele/chestionarele şi testele de personalitate şi câte tipuri de teste proiective cunoaşteţi?

CAPITOLUL 4
Deficienţe mintale / de intelect

4.1. Delimitări conceptuale şi teorii explicative asupra deficienţelor mintale

Deficienţa mintală, una dintre disfuncţiile psihice majore, este o noţiune încă nedefinită cu precizie, implicând numeroase aspecte de natură medicală, psihologică, pedagogică, sociologică şi chiar juridică. Dificultatea este determinată de clasarea acestei disfuncţii psihice într-o grupă extrem de eterogenă din cauza diversităţii etiologice, diferenţelor de gravitate şi deficienţelor supraadăugate care o însoţesc. În general, prin *deficienţă mintală* se înţelege reducerea semnificativă a capacităţilor psihice care determină o serie de dereglări ale reacţiilor şi mecanismelor de adaptare ale individului la condiţiile în permanentă schimbare ale mediului înconjurător şi la standardele de convieţuire socială dintr-un anumit areal cultural, ceea ce plasează individul într-o situaţie de incapacitate şi inferioritate, exprimată printr-o stare de handicap în raport cu ceilalţi membri ai comunităţii din care face parte. Deficienţa mintală este înţeleasă ca o deficienţă globală care influenţează semnificativ adaptarea socioprofesională, gradul de competenţă şi autonomie personală şi socială, afectând întreaga personalitate: structură, organizare, dezvoltare intelectuală, afectivă, psihomotrice, adaptiv-comportamentală. Statisticile OMS arată că deficienţa mintală este întâlnită la aproximativ 3-4% din populaţia infantilă, având diferite grade de intensitate şi variate forme de manifestare clinică.

În unele cercuri de specialitate se face distincţie între deficienţa mintală, care indică un mod anormal de organizare şi funcţionare mintală, cu implicaţii directe în organizarea şi structurarea personalităţii individului, şi deficienţa de intelect (termen introdus în literatura românească de C. Păunescu), desemnând incapacitatea individului de a face faţă unor sarcini cuprinse în actul învăţării, ca o consecinţă a inadaptării acestor sarcini, de multe ori supralicitate în şcoală, la specificul şi potenţialul real al copilului. Altfel spus, deficienţa mintală, care constituie o patologie de evoluţie şi dezvoltare datorată patologiei de organizare şi funcţionare a unor structuri psihice, se deosebeşte de deficienţa la nivelul intelectului unde, chiar şi în condiţiile unei organizări mintale normale, individul nu poate depăşi anumite limite de adaptare şi învăţare.

Literatura de specialitate utilizează o serie de termeni sinonimi pentru a desemna deficienţa mintală, dintre care cei mai frecvenţi sunt: *întârziere mintală*, *înapoiere mintală*, *oligofrenie*, *arierare mintală*, *insuficienţă mintală*, *subnormalitate mintală*, *retard intelectual*, *handicap mintal*, *debilitate mintală*, *amenţie*, *alterarea comportamentului*

adaptiv, alterări ale abilităţii/maturităţii de învăţare şi socializare etc. Majoritatea acestor termeni sunt utilizaţi cu precădere în domeniul psihiatric. În ultimii ani, termenii din domeniul medical, specifici nosologiei psihiatrice, clasice sau moderne, sunt utilizaţi mai puţin în domeniul psihopedagogiei speciale, existând recomandări ferme din partea specialiştilor acestui domeniu de a renunţa la terminologia medicală din cauza efectelor induse de eticheta nosologică în planul psihic şi al percepţiilor/reprezentărilor negative din partea opiniei publice cu privire la această categorie de persoane. Această atitudine are o mare importanţă mai ales din perspectiva integrării socio-profesionale a persoanelor şi înlăturării mentalităţilor şi prejudecăţilor care constituie adevărate bariere în efortul de înţelegere, acceptare şi valorizare a respectivelor persoane[1].

Pentru a înţelege mai bine apariţia deficienţelor mintale, este necesară cunoaşterea câtorva procese întâlnite în dezvoltarea creierului uman. Cercetările din domeniul neuroştiinţelor au evidenţiat faptul că structurile majore ale creierului sunt deja dezvoltate la sfârşitul celei de-a treia luni de sarcină. Prima etapă importantă constă în dezvoltarea şi apoi închiderea tubului neural, proces care se desfăşoară între a doua şi a patra săptămână după fertilizare. Veziculele cerebrale şi optice, precum şi plexurile coroide încep să se formeze la 4-5 săptămâni de sarcină, curând după aceea apărând şi primordiumul cerebelului. După 8 săptămâni de sarcină sunt prezenţi ventriculii cerebrali şi începe să se dezvolte corpul calos, conexiunile finale fiind făcute la aproximativ 22 de săptămâni de sarcină. Numărul total de neuroni, consecutiv neurogenezei, se stabileşte la aproximativ 4-5 luni de sarcină, dezvoltarea după acest moment constând în maturarea şi migrarea lor, care are loc în două etape principale : migrarea neuronală precoce spre trunchiul cerebral, corpul striat şi talamus are loc în primele 12 săptămâni de sarcină, în timp ce migrarea neuronilor spre cortexul cerebral şi cerebelar apare mai târziu, chiar şi în primele luni după naştere. Migrarea neuronală şi sinapsogeneza reprezintă secvenţe foarte importante în formarea modelului girusurilor, determinând expansiunea marcată a cortexului cerebral şi cerebelar. Apariţia girusurilor este aproape completă la aproximativ 26-28 de săptămâni de sarcină. Migrarea neuronală mai este responsabilă şi de formarea corpului calos care conectează cele două emisfere. De asemenea, migrarea neuronală corectă şi alinierea celulelor nervoase depind nu numai de neuronii înşişi, ci şi de scheletul glial şi de componentele matricei extracelulare. Formarea celulelor gliale apare între săptămâna 12 de sarcină şi săptămâna 24 postnatal, restul proliferării gliale apărând până la sfârşitul primului an de viaţă. Mielinizarea începe la aproximativ 12 săptămâni de sarcină, continuă pe toată durata sarcinii, a copilăriei, chiar şi la vârsta adultă şi urmează un model predeterminat, începând în sistemul nervos periferic, apoi în măduva spinării şi trunchiul cerebral, în final apărând şi în encefal. Organizarea funcţională a sistemului nervos central începe din săptămâna 24 de sarcină, continuă până la câţiva ani după naştere sau chiar mai mult şi include alinierea, orientarea şi stratificarea neuronilor corticali, elaborarea celulelor gliale şi stabilirea de sinapse, astfel încât creierul îşi

1. Pe parcursul acestui capitol vom utiliza şi denumiri din terminologia psihiatrică, nu pentru a încuraja utilizarea unor astfel de etichete, ci din dorinţa de a compatibiliza terminologia medicală cu terminologia psihopedagogică, ştiut fiind faptul că specialiştii din domeniul psihopedagogiei speciale au acces în anumite situaţii la documente care însoţesc subiectul şi care au fost completate sau redactate de servicii medicale de specialitate în urma evaluărilor, expertizelor şi investigaţiilor cu caracter medical.

mărește volumul de aproximativ patru ori. De asemenea, apar proliferarea și diferențierea intensă a dendritelor (dentritogeneza), precum și moartea celulară selectivă și necesară (apoptoză) în procesul de diferențiere funcțională a zonelor cerebrale.

În acest context de dezvoltare a creierului uman pot apărea o serie de anomalii care determină diferite forme de retard în dezvoltarea copilului[1] :

- malformații primare ;
- anomalii privind migrarea sau organizarea neuronală ;
- anomalii privind procesul de maturare a neuronilor sau celulelor gliale ;
- anomalii privind diferențierea dendritelor și formarea sinapselor ;
- anomalii ale mielinizării ;
- procese degenerative la nivelul neuronal sau al sinapselor.

Trebuie remarcat că și anomaliile biochimice pot duce la malformații cerebrale și că dezvoltarea completă a corpului calos pare să fie foarte sensibilă la astfel de factori.

Anomaliile precoce ale dezvoltării și afectarea proceselor de migrare neuronală determină malformații majore ale căror semne clinice pot fi mărimea sau forma anormală a capului, dismorfie și retardul sever în dezvoltare. Alte anomalii ale proceselor de migrare neuronală apărute în săptămânile 10 și 16 de sarcină determină un spectru de afecțiuni care constau în : retard al dezvoltării cu hipotonie, epilepsie cu debut în primele luni de viață, microcefalie, semne piramidale, de obicei minore. Există și alte anomalii minore de migrare neuronală, care apar mai tardiv și duc la disgenezie corticală și heterotopii subependimare. Acestea tind să producă un tablou clinic mai diminuat care constă în epilepsie instalată în copilărie și dezvoltare mintală normală.

Indicatorul de dezvoltare intelectuală este reprezentat prin *coeficientul de inteligență* (CI) sau *intelligence quotient* (IQ), introdus în literatura psihologică de W. Stern pentru a completa noțiunea de *vârstă mintală* (VM) folosită de A. Binet și T. Simon în interpretarea testelor de inteligență. Ca unitate de măsură psihologică, coeficientul de inteligență reprezintă raportul dintre vârsta mintală (VM) și vârsta cronologică (VC), exprimate în luni.

$$IQ = \frac{VM}{VC} \cdot 100$$

Altfel spus, coeficientul de inteligență exprimă raportul dintre două performanțe : performanța reală a subiectului (VM) și performanța așteptată în funcție de vârsta sa cronologică (VC).

Termenul *inteligență* denumește „o aptitudine generală care contribuie la formarea capacităților și la adaptarea cognitivă a individului în situații noi" (Cosmovici, Iacob, 1998) ; o funcție psihologică sau un ansamblu de funcții datorită cărora organismul se adaptează optim la condițiile de mediu, elaborând combinații originale ale conduitelor (Richelle, 1999) ; activitatea mintală complexă, flexibilă și mereu confruntată cu

1. Aproximativ 60% dintre cauzele care determină anomalii sau diferite forme de retard în dezvoltarea copilului nu pot fi încă explicate din punct de vedere științific ; pentru a înțelege mai bine acest aspect, se invocă frecvent imaginea aisbergului în care partea văzută reprezintă adesea efectele unor procese și fenomene existente în partea nevăzută și care constituie categoria de factori etiologici greu de identificat și de analizat.

probleme şi situaţii noi în care se folosesc memoria, raţiunea (logica) şi cunoştinţele disponibile (Şchiopu, coord., 1997).

M. Cohn a semnalat 12 caracteristici ale inteligenţei:

- de a analiza, abstractiza şi generaliza;
- de a preîntâmpina situaţii noi;
- de a elabora decizii optimale;
- de a controla comportamentele (în desfăşurarea lor);
- de a găsi modele practice de intervenţie în anumite situaţii;
- de a găsi mijloace adecvate scopurilor;
- de a crea şi anticipa;
- de a opera cu simboluri şi semnale;
- de a sesiza inadvertenţe; de a sesiza absurditatea;
- de a reacţiona adecvat la sensul direct şi la cel figurativ;
- de a reacţiona adecvat cu privire la laturile diferite ale aceloraşi relaţii;
- de a folosi erorile ca surse de informaţie.

O serie de studii privind inteligenţa au fost centrate pe operativitatea funcţională ca aptitudine în rezolvarea de probleme, căutarea de soluţii, în asocieri, analize, sinteze etc. Operativitatea se structurează, pe de-o parte, ca acţiune primară, simplă, compusă din paşi şi, pe de altă parte, ca acţiune complexă (structuri operaţionale potenţiale), aplicabilă la orice situaţie nouă. Dat fiind caracterul general şi în continuă dezvoltare, în anii de creştere, al acestei structuri operaţionale, inteligenţa poate fi considerată operativitate nespecifică, generativă, încărcată de energie adaptivă. În copilărie, această formă de orientare operaţională a gândirii nu este încă formată, motiv pentru care copiii au tendinţa de a divaga (spre exemplu, tendinţe spre logoree; ulterior, în perioada şcolară dispar).

În funcţie de valoarea coeficientului de inteligenţă, putem opera următoarea clasificare:

- peste 140 – inteligenţă extrem de ridicată;
- 120-140 – inteligenţă superioară;
- 110-119 – inteligenţă deasupra nivelului mediu;
- 90-109 – inteligenţă de nivel mediu;
- 80-89 – inteligenţă sub medie;
- 70-79 – inteligenţă de limită (intelect liminar);
- 50-69 – deficienţă mintală uşoară (deficienţă mintală de gradul I);
- 20-49 – deficienţă mintală moderată şi severă (deficienţă mintală de gradul II);
- 0-19 – deficienţă mintală profundă sau gravă (deficienţă mintală de gradul III).

Formele cuprinse între IQ 0 şi 80 intră în categoria deficienţelor mintale asupra cărora ne vom opri în continuare.

Observaţii

Experienţa practică de până acum nu a putut identifica nici un subiect care să aibă coeficientul de inteligenţă IQ= 0, ceea ce demonstrează că limitele intervalelor întâlnite în clasificări de tipul celei de mai sus au, mai cu seamă, un caracter didactic care ajută la înţelegerea nivelului de dezvoltare mintală prin raportare la o scală numerică.

Există o serie de caracteristici atipice ale dezvoltării mintale la copii, fapt care trebuie să intre în atenţia specialiştilor diagnosticieni şi a educatorilor, pentru a nu subevalua sau supraevalua un copil, pornind de la simple cifre sau etichete nosologice. De exemplu, pot fi întâlniţi copii care la vârste mai mici nu reuşesc să rezolve o serie de sarcini, aparent normale pentru vârsta lor, riscând să fie catalogaţi ca deficienţi sau întârziaţi mintal, dar care, ulterior, să impresioneze prin ineditul şi rapiditatea soluţiilor la sarcinile primite în cadrul programului şcolar, la fel cum pot fi întâlniţi şi copii care să dea impresia că ar fi inteligenţi prin modul lor de a reproduce unele informaţii, dar care, ulterior, se pot dovedi veritabili deficienţi mintal ; tipic pentru aceştia din urmă este cazul „idioţilor savanţi" care pot reproduce texte complicate sau pot efectua cu rapiditate calcule aritmetice de o mare dificultate pentru un om obişnuit, impresionând prin stilul şi modul de prezentare, dar care nu pot găsi soluţii sau rezolvări eficiente în situaţiile de adaptare la anumite sarcini de tip şcolar, profesional sau cu relevanţă socială.

Evoluţia gândirii şi atitudinii faţă de deficienţa mintală de-a lungul timpului poate fi sintetizată în următoarele etape (Arcan, Ciumăgeanu, 1980) :

- etapa consemnărilor sporadice a prezenţei deficienţilor mintal în viaţa socială (înainte de anul 1800) ;
- etapa constituirii deficienţei mintale ca problemă de cercetare, de investigare şi terapie (perioada 1800-1870) ;
- etapa maturizării gândirii ştiinţifice prin aprofundarea şi lărgirea problematicii deficienţelor mintale (perioada 1870-1940) ;
- etapa abordării interdisciplinare ca o modalitate nouă de investigare, care corespunde în planul atitudinal cu o sporire a interesului social pentru abordarea şi rezolvarea problemelor de integrare profesională (după 1940).

Pentru a susţine fundamentarea teoretică a deficienţei mintale, specialiştii au propus mai multe teorii, dintre care cele mai frecvent invocate sunt :

a) *teoria etiologică* – explică natura deficienţei mintale prin multitudinea de factori care o determină ;
b) *teoria simptomatologică* – defineşte deficienţa mintală prin raportare doar la anumite procese şi fenomene psihice : gândire, inteligenţă, afectivitate, voinţă etc. ; în cadrul acestei teorii au existat mai multe curente : Ed. Seguin caracteriza deficientul mintal ca fiind un subiect lipsit de voinţă, curentul intelectualist accentua insuficienţa mintală, nivelul mintal redus în definirea deficienţei mintale, iar K. Lewin şi L.S. Vîgotski formulează teoria dinamică a debilităţii mintale, integrând deficienţa mintală în sistemul complex al proceselor şi fenomenelor psihice, cu toate consecinţele asupra dezvoltării şi evoluţiei personalităţii subiectului ;
c) *teoria sindroamelor specifice* – este susţinută de o serie de teze[1] : teza heterocroniei (R. Zazzo), a eterogenităţii (H. Pieron), a heterodezvoltării (C. Păunescu), a incompetenţei sociale (E.A. Doll), teza vâscozităţii genetice (B. Inhelder), teza inerţiei proceselor cognitive, teza rigidităţii structurilor cerebrale ;
d) *teoria psihanalistă şi psihosociologică* – explică apariţia deficienţei mintale ca un efect al lipsei de afectivitate (în special din partea mamei) în primii ani de viaţă ai

1. Elementele definitorii ale acestor teze sunt explicate în subcapitolul referitor la tabloul clinic şi psihopedagogic al deficienţelor mintale.

copilului, favorizând instalarea unei inhibiţii accentuate la nivel talamic, prin lipsa unor stimuli afectivi şi care pot produce o nedezvoltare structural-funcţională a scoarţei din cauza suprimării aportului de stimuli la acest nivel; se ştie că, prin programul genetic, în primii ani de viaţă, dezvoltarea legăturilor nervoase, prin creşterea numărului de sinapse, are la bază tocmai un aport ridicat de stimuli la nivel cerebral şi apariţia concomitentă a structurilor anatomo-fiziologice neuronale (circumvoluţiuni cerebrale) răspunzătoare de achiziţia informaţiilor respective (altfel spus, cu cât aportul de stimuli exogeni în primii ani de viaţă este mai mare, cu atât creierul copilului va avea un grad mai ridicat de dezvoltare sau cu cât stimularea timpurie a copilului este mai intensă, cu atât şansele de dezvoltare intelectuală optimă a copilului vor fi mai ridicate);

e) *teoria integrată* – această teorie susţinută de C. Păunescu explică deficienţa mintală ca o patologie de organizare şi dezvoltare a structurilor mintale şi a personalităţii în ansamblul ei.

Cercetările efectuate în domeniul psihologiei sub influenţa ciberneticii şi a teoriei generale a sistemelor abordează psihicul ca sistem cu o structură foarte complexă, integrată ierarhic. Abordarea sistematică a psihicului pune într-o lumină cu totul nouă problema mult discutată a naturii deficienţei mintale; natura acestei deficienţe nu se poate limita la particularităţile unui anumit subsistem, fie el cognitiv, afectiv sau comunicaţional, ci trebuie definită prin caracteristicile psihologice ale întregii structuri a personalităţii care rezultă din interacţiunea complexă a subsistemelor amintite mai sus. Abordarea acestui punct de vedere este fundamentală atât pentru aspectele diagnostice, cât şi pentru problemele ridicate de terapia complexă care vizează recuperarea şi integrarea acestor persoane în societate.

Din punct de vedere diagnostic, abordarea sistemică presupune o investigare mult mai complexă, în care diagnosticul trebuie stabilit nu numai prin testarea unui singur subsistem (de regulă cel cognitiv); altfel spus, diagnosticul trebuie să se bazeze nu numai pe rezultatele testelor de inteligenţă, ci şi pe cunoaşterea modului în care inteligenţa se structurează şi acţionează în cadrul întregului sistem al personalităţii (în evaluare şi diagnostic trebuie utilizate şi probe care vizează, pe lângă inteligenţă şi componenta afectivităţii, comunicabilitatea, precum şi componenta motivaţională).

4.2. Depistarea şi diagnosticul deficienţelor mintale

Depistarea şi diagnosticul deficienţelor mintale cuprind patru coordonate principale:

- examinarea medicală;
- examinarea psihologică;
- stabilirea nivelului intelectual;
- identificarea componentelor neuropsihice şi socioeducaţionale apte să susţină procesele recuperatorii şi compensatorii.

În viziunea unor autori (Păunescu şi Muşu, 1997, pp. 157-158), procesul de diagnostic presupune parcurgerea următoarelor etape:

- analiza simptomelor/semnelor;

- sinteza simptomelor într-un sindrom sau o maladie (diagnosticul pozitiv);
- compararea şi analiza sindromului în contextul datelor nosologice (diagnosticul diferenţial);
- identificarea şi cercetarea cauzelor (diagnosticul etiologic).

În altă ordine de idei, informaţiile şi concluziile investigaţiilor de specialitate se concretizează în sinteze specifice care constituie diferite categorii de diagnostic:

- *diagnosticul clinic* – presupune identificarea deficienţei în raport cu unele semne clinice descrise de subiect, familie şi aparţinătorii/anturajul acestuia sau observate de medic în timpul examinărilor;
- *diagnosticul psihologic* – constituie o sinteză logică a informaţiilor obţinute de psiholog în timp, cu ajutorul unor metode şi mijloace specifice;
- *diagnosticul pedagogic* – presupune identificarea unor coordonate ale personalităţii subiectului, inclus într-un proces de formare/educaţional, pentru stabilirea coordonatelor planului terapeutic şi de intervenţie;
- *diagnosticul social* – presupune stabilirea gradului/coeficientului de dezvoltare socială, de sociabilitate, în vederea stabilirii strategiilor de integrare socială şi comunitară a subiectului;
- *diagnosticul diferenţial* – presupune o analiză detaliată în raport cu alte categorii de deficienţă, sindroame sau simptome.

Pe baza informaţiilor desprinse din examinarea complexă a subiectului, efectuată de către o echipă de specialişti (medici, psihologi, psihopedagogi, pedagogi, asistenţi sociali etc.), se elaborează un prognostic pe termen scurt privind evoluţia imediată a cazului şi un prognostic pe termen lung, însoţit de un program detaliat cu privire la recuperarea, compensarea, educarea şi integrarea socioprofesională a persoanei.

În evaluarea unui copil cu retard în dezvoltare (inclusiv în dezvoltarea intelectuală) este foarte important să facem diferenţierea în raport cu retardul secundar deficienţelor motorii sau sindromului de dezechilibru. Datele cele mai importante în aprecierea clinică a unui copil cu vârsta mai mică de un an care prezintă retard al dezvoltării se referă la:

- istoricul sarcinii şi al naşterii;
- gradul întârzierii mintale;
- convulsiile;
- comportamentul anormal;
- fluctuaţiile simptomelor;
- perimetrul cranian;
- ochii: mişcări anormale; atrofie optică; anomalii retiniene;
- faţa: orice formă de hipotonie musculară sau dismorfie facială;
- pielea: hiper- sau hipopigmentară; aspect anormal generalizat sau localizat;
- membrele: hipotonie, hipertonie; distonie, ataxie; laxitate articulară;
- anamneza familială: rude afectate, consangvinitate parentală.

Dificultăţile întâlnite cel mai frecvent la evaluarea subiecţilor cu întârziere mintală sunt:

- copiii cu retard sever sunt dificil de evaluat din cauza lipsei de cooperare;
- în cazul copiilor instituţionalizaţi, uneori datele despre familie nu sunt suficiente;

- unele investigații utile pentru diagnostic sunt dificil de realizat din diferite motive ;
- copiii provin din familii dezorganizate/necooperante, ceea ce scade eficiența evaluării ;
- standardele folosite pentru aprecierea măsurătorilor antropometrice ale subiecților se referă la alte populații sau sunt vechi ; unele măsurători corespund, altele necesită o corecție etc.

Semnele neurologice în identificarea deficiențelor mintale pot fi sintetizate astfel :
- pentru unii copii, semnele neurologice apar în primul an de viață și apoi sunt mai mult sau mai puțin constante ; acești copii sunt etichetați ca având „paralizie cerebrală" ; unii au istoric de prematuritate sau asfixie la naștere, probleme neonatale sau postneonatale ;
- al doilea grup de copii au probleme neurologice progresive, de obicei indicând o eroare înnăscută de metabolism ; uneori, evoluția progresivă a bolii nu este evidentă în primul an de viață și inițial sunt etichetați ca având „paralizie cerebrală".

Dacă un copil prezintă deficiență mintală din cauza unor probleme perinatale, acesta va avea invariabil și semne neurologice (spasticitate, atetoză sau ataxie). Aceste semne sunt de obicei asimetrice, iar asimetria este un indiciu important al acțiunii factorilor de mediu. Totuși, dacă semnele neurologice sunt simetrice și nu există istoric semnificativ de suferință perinatală, atunci este foarte probabilă o etiologie endogenă. Alte semne care ridică suspiciunea unei etiologii endogene sunt : ataxia asociată cu hipoplazie cerebeloasă, atetoza neexplicată, mișcările anormale de tip distonie.

Prognosticul și reușita strategiilor terapeutice și educaționale adresate unui copil cu deficiență mintală depind în mod direct de următoarele aspecte :
- precocitatea și calitatea diagnosticului ;
- validitatea diagnosticului (diagnosticul diferențial) ;
- gradul și tipul de deficiență (forma clinică a deficienței) ;
- condițiile socioeconomice și culturale ale familiei ;
- potențialul adaptiv și compensator al copilului.

Diagnosticul diferențial în cazul deficiențelor mintale are în vedere mai multe aspecte :
- discriminarea în cadrul sindromului de deficiență mintală în funcție de gravitatea sau intensitatea manifestărilor deficienței (discriminarea în raport cu tipologia deficiențelor mintale) ; criteriul psihometric și cel școlar pot constitui doi indicatori care să susțină diagnosticul diferențial în cadrul categoriei de deficiență mintală, urmărindu-se parametrii de diferențiere (rezultatele evaluărilor psihometrice, capacitatea de adaptare la un anumit grup social, ritmul de dezvoltare, performanța școlară etc.) ;
- discriminarea în raport cu fenomenologia psihopatologică inclusă în clasificările nosologiei psihiatrice ;
- discriminarea în raport cu stările psihopatologice care prezintă o simptomatologie apropiată.

În funcție de aceste aspecte, deficiența mintală trebuie diferențiată de :
- stările de întârziere mintală determinate de unele deficiențe senzoriale sau de anumite tulburări ale limbajului (alalia, afazia, mutismul electiv, bâlbâiala etc.) ;

- performanţele persoanelor cu dezvoltare psihică normală, dar neinstruite ;
- întârzierea mintală determinată de performanţele şcolare scăzute sau de eşecul şcolar consecutiv carenţelor educative, mediului sociocultural şi familial deficitar (caracterizate prin insecuritate), carenţelor de natură afectivă, sindromului de instituţionalizare, hiperprotecţiei familiale etc. ;
- pseudodeficienţa mintală (pseudodebilitatea mintală) ;
- demenţe precoce (afecţiuni psihice caracterizate prin scăderea progresivă şi ireversibilă a activităţii psihice, manifestată prin involuţia progresivă a proceselor afective şi de cunoaştere care determină o degradare a personalităţii în general) ;
- deteriorarea mintală (desemnează un deficit mintal global, reversibil, temporar sau definitiv, ca urmare a leziunilor organice sau funcţionale la nivelul creierului, a unor boli mintale sau a îmbătrânirii fiziologice) ;
- psihogenii (grup polimorf de afecţiuni psihice, de intensitate şi manifestări psihopatologice variabile, cu etiologie reprezentată în principal de traume psihice cu intensitate mare, care depăşesc capacităţile subiectului de adaptare şi răspuns, corelate cu particularităţile psihologice şi somatice ale acestuia) ; raportul dintre psihogenii şi deficienţa mintală este controversat şi greu de discriminat încă (unele opinii susţin existenţa unor tipuri de deficienţă mintală pe fond psihotic şi nevrotic, alte opinii stabilesc o relaţie relevantă între cele două categorii nosologice) ;
- stările epileptice (unele cercetări au relevat o relaţie între diverse tipuri de deficienţe mintale şi epilepsie).

Între toate aceste categorii diagnostice, *pseudodeficienţa mintală* (pseudodebilitatea mintală, pseudoarierarea mintală, falsa debilitate mintală, debilitatea camuflată, deficienţa mintală atipică) reprezintă un reper frecvent întâlnit în evaluările subiecţilor de vârstă şcolară. În general, este considerată ca fiind un deficit aparent şi reversibil al inteligenţei care apare la subiecţii cu potenţial intelectual normal, sesizabilă atât la probele de performanţă, cât şi la cele de raţionament verbal.

Pseudodeficienţa mintală reclamă cel puţin două accepţiuni :

a) prima accepţie evidenţiază diagnosticul eronat, corespunzător cazurilor în care falsa deficienţă poate fi o consecinţă a unor deficienţe senzoriale, a unor carenţe afective, a unor incapacităţi fizice, a unei atitudini sau strategii greşite a evaluatorului în etapa stabilirii diagnosticului, a utilizării unor probe de evaluare inadecvate etc. ; în acest caz, evoluţia ulterioară a subiectului contrazice prima impresie clinică, fapt care, în opinia unor specialişti, acordă erorilor de diagnostic un statut de entitate clinică ;
b) a doua accepţie evidenţiază confuzia datorată asemănărilor multiple între simptomatologia deficienţelor mintale şi a pseudodeficienţei mintale ; în schimb, etiologia lor este diferită.

Simptomatologia pseudodeficienţei mintale este destul de variată, cele mai relevante aspecte fiind :

- un retard semnificativ în volumul de informaţii, cunoştinţe, abilităţi, care caracterizează retardul educativ, pedagogic ;
- un set de tulburări instrumentale de tip disfazic (dislexie, disgrafie, disortografie), de tip praxic (lipsă de îndemânare şi precizie în efectuarea mişcărilor) şi la nivelul operaţiilor aritmetice (discalculie) ;

- o dezvoltare generală lentă, incapacitate cronică de a înțelege și asimila cele învățate, reacții de învățare nesigure și stereotipice, atitudini de demisie sau de agresivitate în raporturile cu cei din jur, labilitate emoțională evidentă, eșec școlar repetat, dificultăți în menținerea concentrată a atenției, suport motivațional deficitar etc.

Etiologia în cazul pseudodeficienței mintale poate fi rezumată la:

- deficiențe senzoriale (auditive și vizuale), deficiențe motorii, tulburări de vorbire (spre exemplu, cazul copiilor cu bâlbâială, tulburările de tip afazic, mutismul electiv) și tulburări de comportament;
- debut școlar necorespunzător care determină dificultăți în învățarea actului lexic, grafic și de calcul;
- tulburări/carențe afective care determină inhibiția proceselor intelectuale (frica de eșec, reacții și atitudini agresive din partea părinților sau cadrelor didactice, atitudine de ostilitate sau de pasivitate etc.);
- carențe educaționale și culturale datorate unui mediu social sau familial deficitar sau consecutive unor programe de școlarizare inadecvate.

Sintetizând concluziile diferitelor cercetări în domeniu (A. Rey, J.L. Faure, G. Artur, L. Moor, *apud* Păunescu și Mușu, 1997, pp. 160-163), pseudodeficiența mintală poate fi clasificată astfel:

a) pseudodeficiența determinată și însoțită de condiții precare de mediu (familial, socioeconomic, școlar), de nefrecventarea programelor școlare, caracterizată printr-o întârziere mintală ușoară sau medie, care poate fi ameliorată sau înlăturată în urma unor intervenții educaționale specializate;
b) pseudodeficiența determinată și însoțită de inhibiția structurilor receptive de la nivel cortical sau de alte fenomene de natură psihică; se caracterizează prin ușor retard intelectual, dificultăți de achiziție în procesul de învățare, dinamism intelectual scăzut, superficialitate, atitudine infantilă, ostilă sau de refuz, cu posibilități de ameliorare și recuperare în urma unor intervenții psihoterapeutice;
c) pseudodeficiența determinată și însoțită de dificultăți/tulburări instrumentale din sfera lexicală, grafică și de calcul, caracterizată prin retard școlar, cu posibilități de ameliorare și recuperare în urma unor intervenții educaționale adecvate și de durată;
d) pseudodeficiența determinată și însoțită de alte tipuri de deficiență (auditivă, vizuală, motrice) sau consecutivă unor probleme de sănătate sau boli cronice care nu permit frecventarea programului școlar, caracterizată prin retard intelectual, care poate fi ameliorat sau recuperat prin programe de intervenție specifice psihopedagogiei speciale.

4.3. Clasificarea deficiențelor mintale

Au existat mai multe forme de clasificare a deficiențelor mintale, în funcție de diferite criterii sau poziții ale specialiștilor cu privire la gradul de recuperare-educare a tipului de deficiență identificat în rândul subiecților de vârstă școlară. Vom prezenta în continuare câteva dintre aceste clasificări.

O primă clasificare generală, întâlnită în multe lucrări de psihologie, are în vedere valoarea coeficientului de inteligenţă :

- deficienţa mintală profundă sau gravă – IQ = 0-20 ;
- deficienţa mintală severă sau mijlocie – IQ = 20-35/40 ;
- deficienţa mintală moderată – IQ = 35/40-50/55 ;
- deficienţa mintală uşoară – IQ = 50/55-75 ;
- intelectul de limită sau liminar – IQ = 75-85.

În funcţie de codificarea medicală a deficienţelor mintale, putem opera următoarele clasificări :

a) *codificarea OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii)* :
- IQ = 50-70 – întârziere (înapoiere) mintală uşoară, debilitate mintală (aproximativ 85% din segmentul populaţional care prezintă deficienţe mintale) ;
- IQ = 35-49 – întârziere (înapoiere) mintală medie (aproximativ 10% din întreaga populaţie cu deficienţe mintale) ;
- IQ = 20-34 – întârziere (înapoiere) mintală gravă (aproximativ 3-4% din totalul persoanelor deficiente mintal) ;
- IQ sub 20 – întârziere (înapoiere) mintală profundă (aproximativ 1-2% din numărul persoanelor cu deficienţe mintale) ;
- înapoiere mintală cu nivel neprecizat – întâlnită în situaţiile când există indicii cu privire la prezenţa întârzierii mintale, însă inteligenţa persoanei în cauză nu poate fi evaluată prin probe standard (cum ar fi cazul subiecţilor puternic destructuraţi, necooperanţi, autişti sau cazul copiilor a căror vârstă cu cât este mai mică, cu atât va face mai dificilă aprecierea nivelului lor de inteligenţă) ;

b) *codificarea Asociaţiei Americane de Psihiatrie* :
- IQ = 68-83 – întârziere mintală de graniţă (la limită) ;
- IQ = 52-67 – întârziere mintală uşoară ;
- IQ = 36-51 – întârziere mintală moderată ;
- IQ = 20-35 – întârziere mintală severă ;
- IQ sub 20 – întârziere mintală profundă ;

c) *codificare DMS IV* (Diagnostic and Statistical Manual, *American Psychiatric Association, 1994)* :
- IQ = 50/55-70 – retardare mintală uşoară ;
- IQ = 35/40-50/55 – retardare mintală moderată ;
- IQ = 20/25-35/40 – retardare mintală severă ;
- IQ sub 20/25 – retardare mintală profundă ;
- retardare mintală de severitate nespecificată (se utilizează când există o mare prezumţie de retardare mintală, dar inteligenţa persoanei nu poate fi evaluată prin teste standard ; spre exemplu, subiecţi necooperanţi, puternic destructuraţi sau care au vârste prea mici) ;

d) *codificare UNESCO, 1983* :
- întârziere mintală uşoară (IQ = 51-66 Binet-Stanford şi IQ = 55-69 Wechsler) ;
- întârziere mintală moderată (IQ = 36-50 Binet-Stanford şi IQ = 40-54 Wechsler) ;
- întârziere mintală severă (IQ = 20-35 Binet-Stanford şi IQ = 25-39 Wechsler) ;
- întârziere mintală profundă (IQ sub 19 Binet-Stanford şi IQ sub 24 Wechsler) ;

e) *codificare clinică după V. Predescu* (utilizează denumiri din sectorul psihiatric):
- intelect de limită;
- oligofrenie gradul I (deficiență mintală ușoară);
- oligofrenie gradul II (deficiență mintală medie);
- oligofrenie gradul III (deficiență mintală gravă).

După criteriul mixt medico-educațional-social putem identifica:

a) *codificare după OMS și J. Lang*:
- deficienți mintal educabili (IQ = 55-70, VM = 10 ani, VC = 14 ani);
- deficienți semieducabili sau parțial recuperabili (IQ = 50-55, VM = 9 ani, VC = 14 ani);
- deficienți mintal irecuperabili (IQ = 35-50, VM = 5 ani, VC = 14 ani);

b) *codificare după S.A. Kirk și G.O. Johnson*:
- copil lent la învățătură (*slow learner*) - IQ = 70/75-90;
- deficient mintal educabil - IQ = 50-75;
- deficient mintal antrenabil - IQ = 30-50;
- copil total dependent (*totally dependent child, TDC*) - IQ = 0-25/30;

c) *codificarea clinico-psihometrică după OMS*:
- intelect de limită - IQ = 68-85;
- deficiență mintală ușoară (moroni) - IQ = 52-67, nivel mintal 9,5 ani, vârsta socială de aproximativ 19 ani;
- deficiență mintală moderată - IQ = 36-51;
- deficiență mintală severă - IQ = 21-35, nivel mintal 3 ani, vârsta socială 3,5-9,5 ani;
- deficiență mintală profundă - IQ sub 20, nivel mintal 2 ani, vârsta socială 0-3,5 ani.

Dacă analizăm organizarea mintală a normalității și a deficienței mintale, se pot identifica două tipuri de bază ale deficienței:

1. *Deficiența mintală de tip ACCI* - tipul de organizare cu *asonanță cognitivă comunicațional-intelectivă* - se caracterizează, în primul rând, prin existența factorilor *nonevolutivi* sau *involuntivi*, la nivelul blocului energetic, în general la nivelul sistemului nervos (acest tip de organizare este mult mai rigid și mai limitat ca posibilități de transformare interioară). Factorii de perturbare genetici sau ereditari, ca și consecințele unor maladii ale sistemului nervos central cu alterări de substanță cenușie implantează în interiorul structurilor factori care „îngheață" evoluția stadială a acestora. Nonevoluția structurilor modifică funcționalitatea intrastructurală și interstructurală, nepermițând diferențierea, emergența și specializarea. Consonanța sau coechilibrarea constituie, după principiile ciberneticii, indicatorul fundamental de măsurare a nivelului de organizare a sistemului psihic. În momentul în care se constată o asonanță sau un dezechilibru al sistemului, vom avea o altă formulă de organizare a acestuia, formulă ce va modifica toți parametrii. La nivelul cogniției, întâlnim următoarele caracteristici:
   - asonanță cognitivă la nivelul senzorial - deși subiectul este supus aceluiași aflux informațional, organele de simț, prin nediferențierea segmentului cortical, nu pot organiza și codifica eficient multitudinea de stimuli ce pătrund în sistem;
   - la celelalte niveluri - reprezentare, memorie, atenție - asonanța este relativ totală, cu unele posibilități limitate în raport cu valorile biologice;

- în ceea ce priveşte motivaţia, putem întâlni o motivaţie mai bine sau mai puţin organizată la nivel biologic; nu putem vorbi despre o motivaţie cognitivă sau intelectivă;
- afectivitatea este nediferenţiată, apar de regulă forme de afecte determinate de instinctele de bază sau de unele nevoi de apărare;
- la nivelul comunicării se întâlnesc asonanţe de recepţie, ca şi la nivelul cogniţiei, esenţializarea fiind cea mai afectată; propriu-zis, nu există această operaţie, comunicarea realizându-se la nivel de indicatori sau semnale;
- sensibilitatea la factorii de dezvoltare şi progres este redusă la minimum, iar capacitatea de autoreglare, autoconducere şi control este relativ absentă; descrierea unei situaţii sau a unui eveniment este extrem de concisă, ea trebuind însă raportată la factorii de organizare şi la cei de perturbare, pentru a se obţine elemente de detaliu în fiecare caz în parte.

2. *Deficienţa mintală de tip DCCI* – tipul de organizare cu *disfuncţionalitate cognitivă comunicaţional-intelectivă* – se caracterizează prin prezenţa dominantă a factorilor disfuncţionali la toate nivelurile. La fiecare nivel în parte, factorii de perturbare distorsionează funcţiile până la schimbarea tipului normal de organizare (pe baza factorilor de organizare). În practică este posibil ca acest tip „pur" de organizare mintală să se întâlnească destul de rar, însă constituie cadrul de referinţă al unor variante de organizare care pot fi teoretic nelimitate. Disfuncţionalitatea este definită ca fiind o perturbare a caracteristicilor de bază a unei unităţi (structuri sau sistem), din cauza căreia structura sau sistemul sunt dezechilibrate şi nu mai realizează nivelul de consonanţă cerut de complexul relaţional şi de starea sistemului. Disfuncţionalitatea nu este rezultatul unei performanţe, ci al unui raport de echilibrare care nu se stabileşte între o funcţie şi capacitatea de performanţă a acesteia (inteligenţa, de exemplu), ci între funcţiile sistemului şi capacitatea totală a acestuia de a răspunde necesităţii de echilibru dinamic cu mediul. Existenţa factorilor de perturbare cu o concentraţie definitorie la un pol sau altul al organizării determină „armonicile" tipului de bază.

4.4. Etiologia deficienţelor mintale

Etiologia deficienţelor mintale impune o sistematizare a categoriilor de factori care influenţează apariţia tulburărilor organice şi funcţionale ale sistemului nervos central şi stabilirea unor corelaţii între sindroamele clinice şi cauzele care le produc. Astfel, într-o primă clasificare pot fi sintetizate următoarele tipuri de deficienţă:

- deficienţa mintală de natură ereditară;
- deficienţa mintală de natură organică, urmare a unor leziuni ale sistemului nervos central;
- deficienţa mintală cauzată de carenţe educative, afective, socioculturale;
- deficienţa mintală polimorfă, cu o mare varietate tipologică.

Pe de altă parte, A.F. Tredgold stabileşte, pornind de la factorul etiologic, patru grupe de deficienţă mintală:

- deficienţa mintală primară – determinată de factori ereditari;
- deficienţa mintală secundară – determinată de factori extrinseci, de mediu;

- deficiența mintală mixtă – determinată de combinarea factorilor ereditari cu factorii de mediu ;
- deficiența mintală fără o cauză direct decelabilă.

Un alt aspect foarte important este reprezentat de momentul în care diverşi factori etiologici (genetici sau exogeni) acționează asupra sistemului nervos central. În această direcție putem identifica :

- etapa de progeneză, când au loc maturizarea celulelor sexuale şi fecundația, moment în care pot apărea tablouri patologice în urma unor gametopatii, tablouri patologice ce se diferențiază greu de celelalte tulburări genetice sau exogene ;
- etapa de blastogeneză (embriogeneză) – 0-3 luni –, în care au loc formarea foițelor germinative şi desăvârşirea formării organelor primitive şi care, prin perturbări de natură endogenă sau exogenă, poate conduce la apariția unor afecțiuni denumite embriopatii ;
- etapa de organogeneză (fetogeneză) – 4-9 luni –, în care au loc procesele de morfogeneză şi histogeneză, supuse aceloraşi factori de risc, responsabili de apariția şi varietatea fetopatiilor.

Din rațiuni didactice şi pentru o cât mai bună orientare în identificarea etiologiei deficiențelor mintale vom trece în revistă principalii factori incriminați în etiopatogenia acestor afecțiuni :

• **Factorii endogeni** (genetici) sunt responsabili, până în acest moment, de apariția a aproximativ 2.000 de eredopatii metabolice, constituind una dintre problemele majore ale medicinei şi bioingineriei genetice. În această categorie pot fi incluse trei grupe majore :

a) *deficiența mintală prin mecanism poligenic* – aici fiind incluse cazurile de deficiență mintală pură fără patologie asociată, determinate de dominanța genelor minore nefavorabile inteligenței ;
b) *deficiența mintală cu transmitere mendeliană* – cauzate de gene majore mutante, apărute în urma unor tulburări ale metabolismului enzimatic sau fără un substrat biochimic ;
c) *deficiența mintală prin anomalii cromozomiale* – anomalii ale numărului şi morfologiei cromozomilor[1] care determină un dezechilibru genic responsabil de variate malformații somatice, encefalopatii, dismorfii etc.

Din această ultimă categorie, din care se cunosc până în prezent câteva sute de tipuri de aberații cromozomiale, prezentăm pe scurt cele mai cunoscute şi mai des întâlnite sindroame :

1. Analiza cariotipului („harta cromozomială") poate evidenția prezența anomaliilor cromozomiale încă din perioada intrauterină. Se poate realiza un cariotip cu marcaj în benzi cu rezoluție normală şi, dacă rezultatul este normal, se practică şi rezoluția înaltă ; în paralel se realizează un cariotip prin tehnica specială de evidențiere a situsului X fragil ; dacă rezultatele la testele de mai sus sunt normale şi contextul familial sugerează acest lucru, se pot practica teste speciale pentru rearanjamente criptice subtelomerice.

Sindromul	Anomalia cromozomială	Observaţii
Down	Trisomia parţială sau totală pentru cromozomul G 21 (cunoscută şi sub denumirea de maladia Langdon Down)	– dismorfie particulară (mongoliană) – aberaţie cromozomială (autozomală) numerică – întârziere mintală
Lejeune (*cri du chat* sau *cat cry*)	Deleţie parţială a braţelor scurte la nivelul cromozomului B 5	– dismorfism particular şi întârziere ponderostaturală – retardare intelectuală profundă – caracteristic este ţipătul emis prin hipoplazia supraglotică cu laringo-malacie (asemănător ţipătului pisicii)
Edwards	Trisomia totală sau parţială pentru cromozomul E 18 (trisomia 18)	– distrofie prenatală şi musculatură hipertonă – întârziere pronunţată în dezvoltare – degete suprapuse şi prezenţa a şase sau mai multe arcuri digitale – anomalii oculare externe şi malformaţii ale feţei – tulburări la nivel neuromotor şi psihomotor – deficienţă mintală gravă
Patau	Trisomia totală sau parţială pentru cromozomul D 13 (trisomia 13)	– microcefalie şi malformaţii ale creierului anterior – buză de iepure cu sau fără palatoschizis – grave afecţiuni oculare – urechi jos inserate, deformate şi surditate – deficit mintal grav – malformaţii viscerale multiple
Klinefelter	Apariţia unui cromozom X pe lângă o formulă gonosomială masculină normală XY	– hipertrofie staturală, pilozitate redusă, musculatura slab dezvoltată – hipogenitalism – debilitate mintală cu grade variabile
Turner[1]	Monosomie totală sau parţială a unui cromozom	– nanism, dismorfie specifică, retardare psihomotorie – prezintă edeme limfatice ale membrelor care dispar după primul şi al doilea an de viaţă – malformaţii cardiace asociate – infantilism genital şi multiple anomalii congenitale – retardare psihică
Sindromul X-fragil (sindromul Martin-Bell)	Consecinţa unei moşteniri genetice anormale în care mama este purtătoarea genei pe care o transmite fiilor săi[2]	– simptome din spectrul autist – probleme de comportament – retard în dezvoltarea vorbirii – caracteristici fizice speciale cum ar fi : bolta palatină înaltă, strabism, urechi mari, faţa prelungă, slabă tonicitate musculară, uneori uşoare anomalii ale valvelor mitrale

1. S-a constatat că există o incidenţă sezonieră în sensul că majoritatea naşterilor cu acest sindrom au loc în lunile mai-octombrie.
2. Frecvenţa oscilează între 1/1.000 şi 1/2.000 de băieţi, iar numărul femeilor purtătoare poate fi substanţial mai mare. Băieţii afectaţi prezintă un retard mintal moderat sau sever. Fetele pot fi de asemenea afectate, însă prezintă o simptomatologie mai puţin gravă.

Sindromul	Anomalia cromozomială	Observaţii
Sindromul triplu x	Trisomia cromozomului X[1]	– afectarea performanţei intelectuale în 2/3 din cazuri – unele malformaţii viscerale – dezvoltare somatică normală
Sindromul Prader-Willi[2]	Afectarea cromozomului 15 patern, în cele mai multe cazuri copilul primind ambii cromozomi 15 de la mamă	– aspect facial specific, frunte îngustă, ochi migdalaţi, foarte apropiaţi, palatul înalt şi îngustat – apatie şi creştere excesivă în greutate – hipermetropie – microzomie şi disfuncţii în dezvoltarea motrică (prezenţa frecventă a scoliozelor) – salivaţie vâscoasă şi sensibilitate redusă la durere – tulburări de vorbire şi disfuncţii comportamentale – afectarea proceselor cognitive şi dificultăţi de învăţare
Schmidt--Fraccaro (sindromul ochi de pisică)	Trisomia totală sau parţială pentru cromozomul G 22 (trisomia 22)	– este extrem de rară, identificată la avorturi şi incompatibilă cu viaţa – coloboma irisului (ochi de pisică) – atrezie anală – microcefalie şi întârziere mintală gravă

Dintre eredopatiile metabolice (tulburări ale metabolismului transmise genetic) enumerăm pe scurt cele mai cunoscute şi mai des întâlnite :

Afecţiunea	Elemente caracteristice	Observaţii
Boala Fölling	Tulburarea metabolică a aminoacidului aromatic care determină cea mai frecventă encefalopatie metabolică (1/25.000-1/50.000)	– la naştere şi în primele luni copilul este normal – întârziere semnificativă în dezvoltarea motorie, a limbajului şi a componentelor psihomotricităţii – întârziere mintală (IQ mai mic de 50) – tulburări neurologice evidente mai ales la nivelul grupelor mari de muşchi – subdezvoltare staturoponderală iar la o treime din cazuri apar crize epileptice
Tulburări în metabolismul metioninei	Malabsorţia metioninei la nivelul ţesuturilor	– înapoiere mintală moderată – convulsii generalizate – anomalii la nivelul aparatului locomotor cu afectarea mersului
Tulburări în metabolismul tirozinei	Blocarea la un alt nivel a metabolismului aminoacizilor aromatici	– complicaţii hepatice şi digestive – deficienţă mintală şi malformaţii congenitale – convulsii şi tulburări ale locomoţiei
Histidinemia sau tulburări în metabolismul histidinei	Blocarea procesului de metabolizare a histidinei	– întârziere mintală foarte accentuată – ataxie progresivă – tulburări ale vorbirii

1. Această tulburare a fost descrisă de Jacobs şi colaboratorii săi în anul 1959, iar frecvenţa este de 1/1000 din numărul de nou-născuţi de sex feminin.
2. Frecvenţa acestei tulburări este de circa 1/10.000 şi 1/25.000 de naşteri.

Afecţiunea	Elemente caracteristice	Observaţii
Maladia lui Hurler	Tulburarea metabolismului mucopolizaharidelor	– facies caracteristic (frunte bombată, nări lăţite, buze groase, aspect grotesc) – deficienţe auditive şi vizuale – nanism, aspect de corp disproporţionat – degradare fizică şi mintală progresivă
Boala Sanfilippo sau oligofrenia polidistrofică	Prezintă şase-şapte forme; toate cu dezvoltare mintală anormală	– tulburări de dezvoltare psihomotorie – tulburări frecvente ale auzului – degradare mintală profundă
Boala Tay-Sachs sau idioţia amaurotică	Tulburare a metabolismului lipidelor	– hipotonie musculară progresivă – tulburări ale vederii şi nistagmus – forme grave de deficienţă mintală
Sfingolipidozele (reprezentativă este boala Niemann-Pick)	Tulburări în metabolismul enzimelor hidrolitice lizozomale	– piele pigmentată şi abdomen mărit – hipotonie musculară, abolirea motilităţii şi inerţie – scăderea progresivă a acuităţii vizuale şi auditive – modificări importante ale EEG – forme grave de deteriorare mintală
Maladia Wilson	Degenerescenţă hepatolenticulară	– tulburări neurologice de tip extrapiramidal – akinezii, astenie musculară, tulburări ale mersului, agrafie, alexie, tulburări de comportament – tulburări grave ale activităţii intelectuale

• **Factorii exogeni** sunt factorii al căror efect asupra apariţiei deficienţelor mintale depinde de tipul agentului agresiv şi de intensitatea agresiunii ; au o influenţă cu atât mai mare, cu cât acţionează mai de timpuriu în viaţa copilului (în perioada intrauterină sau în primii trei ani de viaţă). În funcţie de etapa în care acţionează cauzele exogene asupra dezvoltării şi evoluţiei biopsihice a copilului, distingem mai multe categorii de factori :

1. *Factorii prenatali* pot fi clasificaţi la rândul lor pe trei etape distincte :
   a) *factori progenetici*, cu acţiune asupra condiţiilor şi proceselor de apariţie şi dezvoltarea a gameţilor, sunt răspunzători de apariţia gametopatiilor, cei mai frecvenţi fiind :
   – iradieri cu radiaţii alfa, beta, gama, Röntgen, neutroni, protoni etc. ;
   – procese involutive la nivelul ovarului ;
   – afecţiuni cronice ale părinţilor, în special ale mamei (diabet zaharat, inaniţii cronice etc.) ;
   – şocuri psihice grave suportate de părinţi ;
   b) *factori embriopatici* – acţionează în primele trei luni de sarcină şi pot produce o serie de modificări ale nidaţiei, tulburări ale metabolismului mamei şi embrionului, nutriţiei şi circulaţiei placentare etc., din următoarele cauze :
   – fizico-chimice – iradieri cu raze X, substanţe radioactive, intoxicaţii cu diferiţi compuşi chimici (oxid de carbon, săruri de nichel, mercur, cobalt, plumb) ;
   – consumul unor medicamente teratogene care pot acţiona încă din primele zile, producând fie afectarea embrionului, fie apariţia unor mutaţii genetice şi tulburări metabolice ;

- boli infecţioase virotice (rubeolă, rujeolă, gripă etc.) ;
- boli caşectizante ale mamei (tuberculoză, febra tifoidă, avitaminoze etc.) ;
- traumatisme ale mamei în timpul sarcinii ;
- tulburări endocrine ale mamei (diabet, tulburări tiroidiene etc.) ;
- incompatibilitate Rh între mamă şi făt ;

c) *factori fetopatici* – intervin asupra dezvoltării intrauterine a fătului, între luna a patra şi a noua de sarcină, favorizând unele procese necrotice, inflamatorii, tulburări vasculare, respiratorii, distrofii etc. ; cauzele care pot conduce la apariţia fetopatiilor sunt :
- intoxicaţii cu alcool, monoxid de carbon, plumb, mercur sau alte substanţe toxice ;
- carenţe alimentare, avitaminoze ;
- infecţii materne (lues, listerioza, toxoplasmoza, boala incluziilor citomegalice etc.) ;
- traumatisme fizice ;
- placenta praevia cu microhemoragii ;

2. *Factorii perinatali* intervin în timpul naşterii. Principalul indicator care oferă informaţii cu privire la starea clinică a nou-născutului este scorul Apgar care se apreciază la un minut, 5 minute şi 10 minute după naştere. Simptomele urmărite pentru aprecierea acestui scor se referă la culoarea pielii, tonusul muscular, respiraţie, frecvenţa cardiacă, răspunsul la stimuli, iar informaţiile culese pentru stabilirea scorului final au şi o semnificaţie prognostică pentru nou-născut. Principalele cauze care determină tulburări perinatale sunt :

a) *prematuritatea nou-născutului* – greutatea la naştere egală sau mai mică de 2.500 g, indiferent de durata sarcinii ; există trei categorii de nou-născuţi prematur :
- nou-născuţi înainte de termen (cu o sarcină mai scurtă de 37 de săptămâni) ;
- nou-născuţi la termen, dar cu o greutate mai mică de 2.500 g (distrofie prenatală) ;
- nou-născuţi proveniţi din sarcini gemelare ;

b) *postmaturitatea nou-născutului* – determină hipoxia cronică a fătului, cu efecte asupra structurilor nervoase superioare concretizate în sechele encefalopatice care se manifestă prin retard mintal şi psihomotor, tulburări comportamentale, convulsivitate accentuată etc ;

c) *traumatisme obstetricale* – pot fi clasificate în două categorii :
- traume mecanice prin aplicare de instrumentar medical în timpul naşterii şi operaţia cezariană care pot produce diferite leziuni ale scoarţei cerebrale sau favorizează apariţia unor staze în sistemul circulator cerebral al fătului, însoţite de perioade de anoxie sau simfize ale meningelui, ce pot deveni cauze ale unei hidrocefalii ;
- hipoxia din timpul naşterii determinată de prelungirea excesivă a naşterii, compresiunea cordonului ombilical, ruptură de placentă, contracţii uterine foarte slabe, disproporţiile cefalo-pelviene ale fătului, fătul prea mare etc ; toate acestea favorizează scăderea aportului de oxigen la nivelul ţesuturilor nervoase, urmate de edeme, hemoragii punctiforme, procese de necroză la nivel cortical, alterarea procesului de mielinizare şi emitere de dendrite care vor conduce mai târziu la tulburări mintale, senzoriale şi psihomotorii ;

d) *encefalopatia bilirubinică* – boala hemolitică a nou-născutului ; este determinată de invazia anticorpilor de la mamă la făt, prin placentă, urmată de creşterea acidozei la nivelul celulei nervoase datorată excesului de bilirubină neconjugată cu acţiune citotoxică, provocând alterări funcţionale şi morfologice, în special la nivelul nucleelor de la baza creierului ;

3. *Factorii postnatali* pot fi de mai multe tipuri :

a) *boli inflamatorii cerebrale* – encefalite (întâlnite în rujeolă, rubeolă, varicelă, tuse convulsivă, gripe etc.), meningoencefalite (streptococică, stafilococică, meningococică, TBC, viroze, abcese cerebrale) ;

b) *boli infecţioase cu complicaţii cerebrale* – gripă, hepatită epidemică, scarlatină, variolă, varicelă, tuse convulsivă etc. ;

c) *boli parazitare cerebrale* – chist hidatic, cisticercoză ;

d) *boli generale cu efecte degenerative la nivel cerebral* – acidoze, hipoxii, hipoglicemii, tulburări hidroelectrolitice ;

e) *intoxicaţii acute şi cronice* – cu plumb, oxid de carbon, alcool, fungicide etc. ;

f) *traumatisme cranio-cerebrale* care pot produce traumatisme sau hemoragii cerebrale cu manifestări neurologice sistematizate şi sechele neuropsihice de grade diferite ;

g) *tulburări cronice de nutriţie* (mai ales în perioada 0-3 ani) – carenţe prelungite de vitamine, electroliţi, alimentaţie hipoproteică, putând culmina cu stări distrofice, edem cerebral, disfuncţii cerebrale ;

h) *tulburări metabolice* – în special hipoglicemiile la copil pot determina apariţia unor encefalopatii manifestate prin accese convulsive, pareze, retardare intelectuală ;

i) *tulburări circulatorii la nivel cerebral* – tromboze venoase sau la nivelul sinusurilor, arterite care pot culmina cu embolii sau leziuni cerebrale grave ;

j) *factorii psihosociali* – reprezentaţi prin natura relaţiilor afective intrafamiliale, mediul şi condiţiile economice ale familiei, calitatea influenţelor culturale şi educaţionale care acţionează asupra copilului, carenţele afective ale copilului etc.

4.5. Tipologia deficienţelor mintale. Tabloul clinic şi psihopedagogic

Tabloul clinic şi psihopedagogic general al deficientului mintal are următoarele elemente specifice :

1. *Heterocronia*, termen introdus în literatura de specialitate de Rene Zazzo, oferă o nouă dimensiune în diagnosticul deficienţei mintale, contribuind la discriminarea de pseudodeficienţă în mod special, precum şi în stabilirea etiologiei diverselor cazuri de întârziere mintală. Heterocronia se caracterizează prin decalajul fundamental dintre diferitele componente ale dezvoltării generale a copilului : decalajul dintre dezvoltarea somatică şi dezvoltarea psihică, dintre vârsta cronologică şi cea mintală, între acestea existând un decalaj temporal. Zazzo afirmă că „heterocronia nu este o simplă colecţie de viteze disparate ; ea este un sistem, o structură" (Zazzo, 1960, pp. 346-347). Esenţial, pentru Zazzo, este ca deficientul mintal să fie definit ca o structură de ansamblu : „În defectologie sau în patologie trebuie întotdeauna să

presupunem că deficitul este însoţit de o schimbare calitativă, trebuie să presupunem mereu o nouă structură de ansamblu, unde elementele au o semnificaţie nouă" (Zazzo, 1965). Prin aceasta se subliniază că dizabilitatea mintală este mai puţin un deficit mintal şi mai mult o structură particulară determinată de o integrare dizarmonică a ritmurilor de dezvoltare asincronă. Un copil de 10 ani cu vârsta mintală de 6 ani nu poate fi comparat cu un copil normal cu vârsta mintală de 6 ani. Ei nu pot fi identici pentru că normalul dispune de o experienţă mai largă şi mai bogată, de automatisme mai complexe, are un status social total diferit de cel al copilului deficient mintal, ritmul de dezvoltare al acestuia din urmă este mult mai lent şi acest element este cel care îi diferenţiază pe cei doi. Copilul normal creşte fizic şi mintal în acelaşi ritm, pe când la un copil deficient mintal nu apare acest sincronism, iar decalajul dintre vârsta mintală şi cea cronologică creşte progresiv. Teza heterocroniei are consecinţe asupra metodologiei de lucru cu deficientul mintal, unde accentul trebuie pus pe organizarea unei intervenţii bazate pe individualizarea şi diferenţierea acţiunilor educative, utilizarea metodelor şi procedeelor pedagogice care să asigure armonizarea individualităţii şi componentelor personalităţii copilului cu deficienţă mintală.

2. *Heterodezvoltarea* desemnează o teză lansată de C. Păunescu, care distinge în structura psihică a deficientului mintal dezvoltarea sub limită a unor aspecte ale activităţii psihice, concomitent cu dezvoltarea peste limita atinsă de copilul normal de aceeaşi vârstă mintală a altor aspecte ale psihismului copilului deficient.
3. *Eterogenitatea* este o teză lansată de A. Piéron, prin care argumentează proporţia inversă care există între eterogenitatea aptitudinilor şi nivelul global mediu al deficienţilor mintal. Eterogenitatea se poate explica prin relativa independenţă a unor aptitudini în raport cu inteligenţa şi trebuie comparată cu noţiunea de heterocronie pentru înţelegerea mentalităţii şi dinamicii comportamentului care explică deficienţa mintală.
4. *Incompetenţa socială* face obiectul unei teze care defineşte deficienţa după criteriul competenţei sociale exprimat în gradul de adaptare socială, maturitatea socială, calitatea relaţiilor sociale. E.A. Doll, principalul susţinător al acestei teze, defineşte competenţa socială în termenii independenţă personală, responsabilitate socială, adică posibilitatea individului de a-şi asuma propria responsabilitate şi de a se integra în societate, participând conştient la viaţa comunităţii din care face parte.
5. *Vâscozitatea genetică* este concept introdus de B. Inhelder şi se referă la faptul că gândirea deficientului mintal este „neterminată", adică acesta nu poate ajunge la raţionamente abstracte fără sprijinul primului sistem de semnalizare (senzorio-perceptiv); dacă informaţiile şi instrucţiunile sunt prezentate numai prin intermediul limbajului, fără susţinerea unor modele, materiale didactice, experienţe şi exemple concrete, copilul nu înţelege.
6. *Inerţia accentuată a proceselor nervoase superioare şi a limbajului verbal* face în aşa fel încât copilul nu poate asimila un vocabular nuanţat, se exprimă în cuvinte puţine, cu fraze stereotipice, redundant, vorbeşte greoi, efectuează cu mare dificultate operaţii abstracte, comparaţii, generalizări.
7. *Incapacitatea concentrării atenţiei asupra dimensiunilor relevante ale stimulilor din jur* se manifestă prin faptul că individul nu-şi poate concentra atenţia asupra a ceea ce i se explică, întreabă de mai multe ori acelaşi lucru etc.

8. *Incapacitatea de a fixa sau de a organiza, într-o manieră eficientă, elementele unei sarcini de lucru* priveşte dificultăţile în articularea unor secvenţe practice de lucru în scopul obţinerii unei finalităţi precise sau a unui produs finit, fără o îndrumare permanentă din partea unui mentor.
9. *Rigiditatea la nivelul scoarţei cerebrale* determină menţinerea rigidă a ipotezei iniţiale, chiar dacă aceasta este în discordanţă cu stimulii din exterior. Deoarece la deficienţii mintal construcţia şi susţinerea datelor se fac în limitele unor graniţe relativ rigide, iar sinteza gândirii se elaborează greoi, aceştia percep cu întârziere modificările activităţii în funcţie de particularităţile situaţiei şi schimbările survenite în modul lor de viaţă.
10. *Fragilitatea construcţiei personalităţii* şi *infantilismul comportamental*, pe fondul dificultăţilor de stăpânire a afectelor, pot conduce fie la impulsivitate, agresivitate, credulitate excesivă, fie la izolare, frică de a relaţiona cu cei din jur, neîncredere. De asemenea, deficientul mintal prezintă şi o anumită rigiditate a conduitei, fapt care determină o serie de probleme în relaţia cu cei din jur, în special în mediul şcolar, existând riscul perturbării activităţilor didactice fără o intervenţie atentă şi bine gândită din partea educatorului.

Intelectul de limită defineşte o categorie eterogenă de forme şi grade de manifestare, a căror trăsătură comună constă în fenomenul decompensării şcolare la vârsta de 11-12 ani (adică plafonare în dezvoltarea psihointelectuală a elevului la nivelul clasei a V-a sau a VI-a), urmată de apariţia unor reacţii nevrotice şi comportamentale consecutive insuccesului şcolar. Din punct de vedere psihopedagogic, există câteva elemente definitorii după care copilul cu intelect liminar poate fi uşor identificat, mai ales în procesul educaţional din şcoală :

- răspunsurile sunt realizate într-o manieră inegală, adesea lacunară, putând fi asemănate atât cu răspunsurile unui copil normal, cât şi cu cele ale unui copil cu deficienţă mintală ;
- are nevoie de un anumit interval de timp pentru a-şi mobiliza capacităţile intelectuale, ceea ce explică realizarea în etape a unui răspuns corect, cu sprijinul unor întrebări suplimentare însoţite de atitudinea deschisă şi încurajatoare din partea educatorului ;
- dificultăţi în însuşirea citit-scrisului şi calculului aritmetic, datorate prezenţei unor disfuncţii instrumentale importante (lipseşte coordonarea vizual-motrice mai ales la sarcinile de grafomotricitate), care îl pun pe elev în incapacitatea de a face faţă solicitărilor impuse de sarcinile şcolare şi determină apariţia eşecului şcolar cu toate consecinţele sale asupra adaptării şi integrării şcolare a acestuia ;
- alterarea structurării perceptiv-motrice a spaţiului – copilul nu respectă forma, mărimea, proporţia, orientarea, manifestă imprecizie în înţelegerea sarcinilor şcolare, nu conservă cantităţile, îi este afectată reversibilitatea gândirii ;
- unele simptome de anomalie în ceea ce priveşte fluxul ideatic, baraje ale gândirii sau lapsusuri, încetineală în gândire – copilul cu intelect liminar rezolvă sarcinile şcolare doar până la un anumit nivel de complexitate şi abstractizare, nivel peste care acesta prezintă în mod sistematic insuccese şcolare ;
- dificultăţi în realizarea activităţilor de analiză şi sinteză, comparaţie, abstractizare, clasificare etc. cu conţinut semantic şi simbolic – la nivel verbal-abstract operaţiile mintale devin imprecise, nesigure şi inerte ;

- dificultăți de colaborare și de stabilire a unor relații interpersonale datorate unei imaturități social-afective, hiperactivitate motorie, instinctuală și emotivă, tulburări de comportament pe fondul trăirii lipsei de eficiență școlară, autocontrol redus, incapacitate de stăpânire a impulsurilor primare, teamă de insucces, nivel de aspirație redus, neîncredere în sine ;
- integrarea școlară a copiilor cu intelect liminar este posibilă în condițiile diferențierii și individualizării curriculumului (conținuturile educației, metodele și procedeele didactice, mijloacele de învățământ, criteriile de evaluare să fie adecvate potențialului intelectual și aptitudinal al copilului, iar accentul să fie pus pe formarea și consolidarea competențelor sociale ale acestuia).

Deficiența mintală de gradul I (*deficiența mintală ușoară*), concept sinonim cu debilitatea mintală (în context psihiatric) și insuficiența mintală, introdus în literatura de specialitate în 1909 de Dupré, are un înțeles ce acoperă intervalul cuprins între intelectul liminar și deficiența mintală moderată. Psihometric, se definește prin coeficientul de inteligență cuprins între 50 și 69, corespunzător mecanismelor operaționale ale gândirii specifice vârstei mintale de 7-9 ani. Subiecții din această categorie sunt capabili de achiziții școlare corespunzătoare vârstei lor mintale și pot ajunge la un grad de autonomie socială, însă fără posibilitatea asumării totale a responsabilității conduitelor lor, fiind incapabili să anticipeze urmările și implicațiile acestora. O analiză pe criterii psihopedagogice evidențiază următoarele caracteristici definitorii pentru această categorie de subiecți :

- dificultăți ale proceselor de analiză și sinteză, ceea ce determină confuzii și imposibilitatea delimitării clare a unor detalii din câmpul perceptiv sau incapacitatea reconstruirii întregului pornind de la elementele componente ;
- îngustimea câmpului perceptiv, adică perceperea clară a unui număr mai mic de elemente pe unitatea de timp, prin comparație cu un individ normal, ceea ce afectează foarte mult orientarea în spațiu și capacitatea intuitivă de a stabili relații între obiectele din jur ;
- constanța percepției de formă, mărime, greutate și natura materialului din care este confecționat un obiect se realizează la copilul cu deficiență mintală ușoară într-un ritm foarte lent și cu mari dificultăți, comparativ cu perceperea culorilor, care se realizează relativ mai ușor ;
- în planul gândirii se observă predominanța funcțiilor de achiziție comparativ cu funcțiile de elaborare, o lipsă de flexibilitate a activității cognitive, ceea ce justifică absența elementelor de creativitate și existența unei gândiri reproductive, concretă și practică, inaptă de abstractizări, generalizări și speculații în plan ideatic (totuși, procesul de generalizare poate fi realizat între anumite limite, iar deosebirile dintre anumite obiecte sau fenomene sunt mult mai rapid stabilite în comparație cu asemănările dintre acestea) ;
- din cauza inerției gândirii și a dificultăților de înțelegere și integrare a noilor cunoștințe în sistemul anterior elaborat, rezolvarea de probleme evidențiază apariția unei perseverări (a unei fixații pe un anumit algoritm de rezolvare) din care copilul cu deficiență mintală ușoară poate ieși cu mare greutate și după folosirea unui suport intuitiv, concret ;
- limbajul se dezvoltă, în general, cu întârziere, sub toate aspectele sale (primul cuvânt apare, în medie, la vârsta de 2 ani, iar primele propoziții abia la 3 ani) ; vorbirea conține

multe cuvinte parazite, cu perseverarea anumitor expresii, dezacorduri gramaticale, activism redus al vorbirii (se mulţumeşte cu relatări superficiale, fără mobilizarea şi organizarea amintirilor), vocabularul este sărac în cuvinte-noţiuni, frecvenţa tulburărilor de limbaj este mai mare decât la copiii normali, cu o rezistenţă specifică la acţiunea de corectare a tulburărilor de limbaj şi cu dificultăţi importante în însuşirea limbajului scris (dislexii, disgrafii, disortografii specifice copilului cu deficienţă mintală uşoară);

- capacitate scăzută de organizare şi coordonare a acţiunilor în conformitate cu o comandă verbală, datorată tulburărilor funcţiei de reglare a celui de-al doilea sistem de semnalizare în formarea legăturilor din primul sistem de semnalizare, ceea ce explică un grad scăzut de conştientizare a acţiunilor efectuate;
- eficienţa scăzută a memoriei, în special a memoriei voluntare, deoarece copilul respectiv nu recurge la procedee de fixare intenţionată, nu-şi elaborează un plan de organizare a materialului nici în momentul fixării, nici în momentul reproducerii, iar rigiditatea fixării şi reproducerii informaţiilor duce la dificultăţi importante în realizarea transferului de cunoştinţe;
- lipsa de fidelitate a memoriei evidentă atunci când copilul reproduce un text, când este pus să povestească o întâmplare sau când nu poate oferi indicii sigure cu privire la obiectele văzute sau în legătură cu unele întâmplări la care a asistat, din cauza sugestibilităţii sale ridicate;
- imaturitate afectivă destul de accentuată, evidenţiată în principal prin caracterul exploziv şi haotic al trăirii afectelor (acestea au de cele mai multe ori un efect distructiv asupra activităţii desfăşurate de subiect) şi capacitatea redusă de a controla expresiile emoţionale, adesea exagerat de puternice în raport cu cauza care le-a produs, afectează negativ relaţiile cu cei din jur;
- activitatea voluntară prezintă disfuncţii în toate momentele desfăşurării sale: scopurile activităţilor sunt, în general, scopuri apropiate, generate de trebuinţele şi de interesele momentane, scopul fixat este imediat abandonat dacă se întâmpină dificultăţi, preferându-se o altă activitate mai uşoară; apar frecvent şi manifestări de negativism; copilul respectiv este perseverent în activităţile motrice datorită apariţiei unor stereotipuri chinetice însoţite de rigiditate în planul gândirii care îl împiedică să se orienteze şi să ia decizii cu privire la anumite momente ale activităţii sale;
- majoritatea acestor copii prezintă tulburări ale psihomotricităţii, în special cei care suferă de leziuni la nivel cerebral, evidenţiate prin viteza şi precizia mai scăzută a mişcărilor (în special mişcările fine ale mâinii), dificultăţi în imitarea mişcărilor, fapt ce influenţează negativ formarea multor deprinderi; posibilităţi reduse de valorificare a indicaţiilor verbale în organizarea şi corectarea comportamentului motor din cauza reducerii capacităţii de înţelegere a mesajului verbal; probleme serioase în orientarea spaţială şi temporală, frecvenţa crescută a sincineziilor, dificultăţi în realizarea relaxării voluntare a unor grupe de muşchi şi în trecerea de la o mişcare la alta.

Formele clinice cel mai des întâlnite ale deficienţei mintale uşoare sunt:

a) *deficientul mintal armonic* – termen introdus de Th. Simon (1924) – la care deficienţa intelectuală este primordială, manifestată îndeosebi ca întârziere şcolară, cu dificultăţi în activitatea de achiziţie, fără însă a fi însoţite de tulburări de natură motrice sau socială; prognoza profesională este favorabilă, iar trăsături ca docilitatea, hărnicia, atitudinea ponderată, perseverenţa îl fac pe copil educabil, perfectibil, utilizabil;

b) *deficientul mintal dizarmonic* – la care tulburările intelectuale sunt asociate cu tulburările afective şi de comportament, fapt care influenţează semnificativ posibilitatea stabilirii unui prognostic favorabil ; Th. Simon şi G. Vermeylen disting mai multe forme de manifestare ale deficientului mintal dizarmonic, şi anume :
- deficientul mintal dizarmonic instabil, caracterizat prin incapacitate de concentrare şi de fixare asupra unei sarcini, agitaţie permanentă, turbulenţă, comportament incoerent, randament inconstant, impulsivitate, reacţii spontane, dificultăţi de adaptare ;
- deficientul mintal dizarmonic excitat, prezentând tulburări asemănătoare celui instabil, dar de o gravitate mai mare, agitaţie motrice permanentă, expansivitate şi stare de euforie, logoree, atitudini dezordonate ;
- deficientul mintal dizarmonic emotiv, cu caracteristici similare celor întâlnite la tipul instabil, dar cu o instabilitate afectivă mai pronunţată şi cu un nivel intelectual sensibil superior acestuia ; reacţiile sunt exagerate, oscilând între exuberanţă excesivă şi inhibiţie accentuată ;
- „debilitatea Chaslin" se caracterizează printr-o bună capacitate mnezică ; copilul este lipsit de interes, credul, vanitos, extrem de sugestibil, de un manierism exagerat, lipsit de spirit critic sau autocritic, cu randamente şcolare mediocre, incapabil de efort susţinut ;
- leneşul, caracterizat de A. Binet prin indolenţă, lipsă de dinamism, incapacitate de decizie ; se deosebeşte de lenea ocazională, fiind determinată de o dezvoltare intelectuală insuficientă, apatie accentuată, inerţie, instabilitate, inadaptare.

Sintetizând, putem spune că persoanele cu deficienţă mintală uşoară constituie grupa deficienţilor mintal recuperabili pe plan şcolar, profesional şi social, educabili, adaptabili la exigenţele instrucţiei şcolare şi ale vieţii sociale.

Deficienţa mintală de gradul II (*deficienţa mintală moderată* şi *deficienţa mintală severă*), cunoscută în literatura psihiatrică de specialitate şi sub denumirile de *arieraţie moderată sau severă* şi *întârziere mintală mijlocie*, se situează sub raportul gradului deficienţei între deficienţa mintală uşoară şi deficienţa mintală profundă. Din punct de vedere psihometric, este corespunzătoare vârstei mintale cuprinse între 2 şi 7-8 ani, respectiv unui coeficient de inteligenţă cuprins între 20 şi 50-55.

În funcţie de criteriul psihometric au existat mai multe clasificări care, în intervalul cuprins între IQ 55-50 şi 25-20, delimitau două categorii de deficienţă mintală :

a) *deficienţă mintală moderată* – IQ = 35/40-50/55 – subiecţii din această categorie prezintă următoarele caracteristici :
- pot dezvolta anumite deprinderi de comunicare în perioada copilăriei şi pot atinge un grad de autonomie personală ;
- în urma unor intervenţii educaţionale sistematice pot dezvolta o serie de abilităţi sociale şi ocupaţionale, dar nu reuşesc să depăşească nivelul corespunzător primilor doi ani de şcolarizare (din punctul de vedere al performanţelor şcolare rămân la nivelul unui elev de clasa a II-a) ;
- reuşesc să aibă un grad ridicat de autonomie socială în perimetre familiare, iar în perioada adultă pot desfăşura o activitate necalificată sau calificată, în ateliere protejate sau în ateliere obişnuite, sub supraveghere ;

b) *deficienţă mintală severă* – IQ = 20/25-35/40 – principalele caracteristici pentru subiecţii din această categorie sunt :
- în perioada primilor ani de viaţă achiziţionează puţine abilităţi de comunicare verbală ;
- dacă sunt incluşi în programe educaţionale, pot achiziţiona, până la o anumită limită, abilităţi de comunicare verbală (un număr limitat de cuvinte), pot recunoaşte numere şi pot fi antrenaţi în dezvoltarea unor abilităţi elementare de autoîngrijire ;
- în perioada adultă pot realiza o serie de sarcini simple, sub supraveghere în unităţi/instituţii sau servicii specializate.

Această diferenţiere are relevanţă în perspectiva acţiunilor de adaptare şi individualizare a curriculumului şcolar, cu importanţă majoră în deciziile comisiilor de evaluare complexă pe baza cărora se face orientarea copilului către o anumită formă de educaţie şi către anumite forme/servicii de sprijin pentru integrarea în programe educaţionale a acestor categorii de copii.

Din punct de vedere psihopedagogic, subiecţii cu deficienţă mintală de gradul II prezintă următoarele caracteristici definitorii :
- sunt capabili să achiziţioneze un volum minim de cunoştinţe, dar insuficiente pentru o şcolarizare corespunzătoare şi pentru asigurarea unei activităţi independente ; pot efectua unele calcule elementare, fără să poată achiziţiona conceptul de număr şi să-şi formeze o reprezentare clară despre numere şi componenţa lor ;
- sunt instruibili până la un anumit punct, cu posibilitatea însuşirii unor operaţii, fără a fi în măsură să ajungă la un anumit grad de automatizare ; sunt parţial dependenţi de unele servicii şi au o minimă capacitate de autoprotecţie împotriva unor pericole obişnuite ;
- majoritatea ajung să-şi însuşească limbajul, vocabularul este restrâns la cuvinte uzuale, însă vorbirea lor este imperfectă, cu numeroase agramatisme, prezintă frecvente tulburări de articulaţie, iar inteligibilitatea le este redusă ; nu reuşesc să-şi însuşească scris-cititul, iar când ajung la această performanţă deprinderea este mecanică ;
- gândirea lor este concretă, situaţională, cu limitări la rezolvări de tip mecanic, nu pot înţelege relaţiile spaţiale dintre obiecte ; toate acestea fac ca la sfârşitul dezvoltării lor să nu poată depăşi mecanismele gândirii conceptuale şi modurile de operare mintală specifice unui copil normal ajuns la vârsta de 7 ani ;
- atenţia se caracterizează printr-un grad crescut de instabilitate, iar memoria, de regulă, este diminuată, însă, uneori, poate apărea hipermnezia (ca în cazul aşa-numiţilor „idioţi-savanţi") ;
- din punct de vedere afectiv, prezintă un grad accentuat de imaturitate şi labilitate manifestate prin crize de plâns, negativism faţă de anturaj, indiferenţă, izolare, ataşament exagerat faţă de persoanele care se ocupă de ei, puerilism, ostilitate ; au o mare nevoie de securitate, iar în situaţii de abandon din partea părinţilor (singurul lor sistem de referinţă şi singura experienţă relaţională) prezintă conduite reactive pe fondul cărora se pot dezvolta structuri mentale obsesive, fobice sau ipohondrice, deliruri de revendicare sau de persecuţie, depresii anxioase care pot culmina cu acţiuni autoagresive (inclusiv suicidul) sau heteroagresive (inclusiv crime), devenind astfel un pericol social ;

- deşi ritmul de dezvoltare fizică şi psihică este destul de lent, într-un cadru social cu o structură mai puţin complexă, deficienţii din această categorie sunt utilizabili, permiţând o adaptare socială relativă; dacă avem în vedere şi particularităţile vieţii lor afective, se poate aprecia că integrarea socială a persoanelor cu deficienţă mintală severă, sub aspectul relaţiilor interpersonale, este destul de dificilă şi nu lipsită de riscuri.

Pe lângă formele tipice de deficienţă mintală severă (cu cele trei grade: inferior, mijlociu şi superior), există şi unele forme clinice atipice sau cu o etiologie necunoscută. Astfel, putem întâlni:

a) *arieraţia autistică* – o formă de insuficienţă mintală severă caracterizată prin deficit intelectual pronunţat, absenţa comunicării, posibilităţi reduse de educare şi instruire, copiii în cauză fiind capabili doar de achiziţia unor automatisme sau conduite condiţionate;
b) *deficienţii mintal prodigioşi* („idioţii savanţi") – reprezintă cazurile cu o dizarmonie în dezvoltarea intelectuală şi prezenţa hipermneziilor mecanice, nefiind capabili să folosească datele evocate în structuri suple, flexibile, originale; în literatura de specialitate sunt cunoscute cazuri de astfel de deficienţi, apţi să realizeze mintal operaţii aritmetice rapide cu numere formate din mai multe cifre, să recite după o singură lectură sute de versuri sau fragmente cu o structură complicată, să reproducă desene sau fragmente muzicale comparabile cu originalul sau să discrimineze cu uşurinţă diverse mirosuri.

În sinteză, acceptând un anumit grad de relativitate, putem spune că această categorie de deficienţi mintal[1] formează grupa deficienţilor recuperabili din punct de vedere profesional şi social, parţial educabili, adaptabili la procesul de instrucţie, integrabili în societate în condiţii protejate/de asistenţă sau în condiţii obişnuite, în funcţie de exigenţele comunităţii.

Deficienţa mintală de gradul III (*deficienţa mintală profundă*) reprezintă forma cea mai gravă de deficienţă mintală şi defineşte persoana incapabilă să se autoconducă, să se apere de eventuale pericole sau chiar să se hrănească, având o permanentă nevoie de îngrijire şi supraveghere. Din punct de vedere psihometric, deficienţa mintală profundă se defineşte printr-un nivel mintal inferior vârstei de 2 ani şi un coeficient de inteligenţă sub 20. Datorită slabei lor rezistenţe la infecţii şi alţi agenţi patogeni, mortalitatea în rândul acestei categorii de deficienţi este foarte mare, media lor de viaţă fiind de aproximativ 19-20 de ani, faţă de cei din categoria anterioară la care este de aproximativ 25-30 de ani. Tabloul psihopedagogic prezintă următoarele caracteristici:

- structură psihomotrice rudimentară, nediferenţiată, evidenţiată mai ales prin balansări uniforme, grimase, contorsiuni, impulsuri motrice subite;
- imposibilitatea de a comunica prin limbaj cu cei din jur, cunoştinţele acestui copil nu depăşesc prima copilărie, funcţiile sale intelectuale nu sunt dezvoltate, relaţionarea cu factorii de mediu şi cu cei din jur fiind redusă doar la primul sistem de semnalizare (senzaţii, percepţii, dar şi acestea prea puţin diferenţiate);

1. De cele mai multe ori, la subiecţii care prezintă deficienţe mintale severe şi profunde observăm şi prezenţa unor deficienţe asociate, care complică şi mai mult tabloul psihopedagogic, necesitând un grad mai mare de intervenţie şi supraveghere specializată.

– viaţa afectivă este redusă la trăirea impulsurilor primare, cu crize acute de plâns, autoerotism, automutilare, apatie, maleabilitate.

Din punct de vedere clinic, în raport cu gravitatea deficienţei, se pot distinge două forme :

a) *deficienţa mintală profundă, forma completă* – se caracterizează prin persistenţa reflexelor primare, printr-o existenţă pur vegetativă, afectarea cronică sau a unei părţi din sistemul nervos, absenţa totală a comunicării, vârsta mintală de un an, tulburări neurologice grave, cu puţine şanse de supravieţuire ;
b) *deficienţa mintală profundă, forma incompletă* – se caracterizează prin afectarea parţială a sistemului nervos, deficienţe senzoriale destul de accentuate, comunicare prin cuvinte monosilabice, grave afecţiuni psihomotrice, mişcări stereotipice, vârsta mintală de 2-3 ani ; copilul poate achiziţiona un număr de acţiuni motorii elementare.

Sintetizând, putem spune că persoanele cu deficienţă mintală profundă necesită un grad ridicat de dependenţă, sunt irecuperabile, fără şanse de profesionalizare, având potenţial foarte scăzut de integrare şi adaptare socială. În ciuda unui prognostic general mai puţin favorabil, acţiunile recuperatorii şi de asistenţă pentru această categorie de subiecţi trebuie să respecte aceleaşi principii şi standarde de calitate precum cele destinate categoriilor de deficienţe cu şanse mai mari de recuperare şi integrare socială.

4.6. Profilaxia şi terapia medico-psihopedagogică şi socială în cazul deficienţelor mintale

Activităţile profilactice menite să prevină apariţia deficienţelor mintale presupun focalizarea intervenţiei pe următoarele direcţii de acţiune :

a) educaţia sanitară a părinţilor cu privire la riscurile apariţiei bolilor infecţioase (mai ales în perioada concepţiei şi în timpul sarcinii), la necesitatea unor controale medicale periodice, riscurile consumului de antibiotice, alcool, tutun, cafea şi alte substanţe psihotrope, la igiena alimentaţiei şi igiena corporală etc. ; educaţia femeii gravide privind menţinerea stării de sănătate, evitarea bolilor contagioase, evoluţia normală şi patologică a sarcinii ;
b) examenul genetic însoţit de recomandările specialistului cu privire la riscurile apariţiei deficienţei mintale cu determinism genetic, dacă respectivul cuplu a mai avut copii cu deficienţe, dacă au existat cazuri de deficienţă mintală pe linia de provenienţă a membrilor cuplului, dacă partenerii sunt consangvini sau suferă de boli genetice etc. ;
c) diagnosticul antenatal prin intermediul fetoscopiei, amniografiei, ultrasonografiei, ecografiei, amniocentezei etc. care pot identifica eventuale afecţiuni ale fătului înainte de naşterea acestuia ;
d) *screening*-ul neonatal (biochimic şi citogenetic) ajută la depistarea sindromului Down, a deficienţelor enzimatice grave, hipertiroidiei etc. ;
e) evitarea în timpul sarcinii a factorilor cu potenţial teratogen (iradieri, chimioterapie, substanţe toxice etc.) ;
f) profilaxia şi tratamentul unor afecţiuni ale mamei cu risc de transmitere la făt, în forme cum ar fi : insuficienţa feto-placentară, infecţii virale, embriopatia rubeolică, infestarea toxoplasmozică, distrofii etc. ;

g) prevenirea şi tratamentul bolilor hemolitice ale fătului provocate în special de incompatibilitatea Rh dintre mamă şi făt;
h) prevenirea şi evitarea traumatismelor obstetricale prin urmărirea atentă şi dirijarea corectă a sarcinii şi prin utilizarea corespunzătoare a instrumentarului medical la naştere;
i) recunoaşterea şi tratarea precoce a suferinţelor cerebrale ale fătului în caz de hipoxii, asfixie primară a nou-născutului, convulsii, insuficienţe cardio-respiratorii etc.;
j) tratamentul chirurgical al unor malformaţii congenitale (de tipul hidrocefaliei) pentru prevenirea perturbărilor circulaţiei lichidiene la nivel cerebral;
k) identificarea precoce şi terapia copiilor care prezintă carenţe afective sau aflaţi în pericol de abandon;
l) asigurarea unui standard psihosocial şi economic corespunzător prin servicii de asistenţă socială, asistenţă psihopedagogică, asistenţă medicală familiilor aflate în dificultate sau cu un grad mare de risc privind condiţiile de ocrotire, îngrijire şi educare a copiilor.

Principalele direcţii privind intervenţiile terapeutice în cazul prezenţei deficienţelor mintale sunt:

a) administrarea de substanţe stimulative ale maturizării (lecitină, crelizin, encephabol, derivate ale acidului glutamic) şi vitamine pentru creşterea troficităţii şi metabolismului la nivelul celulei nervoase, precum şi pentru menţinerea unui tonus adecvat al proceselor psihice;
b) terapia manifestărilor convulsiviante, epileptice, a instabilităţii psihomotorii şi a tulburărilor de comportament, terapia deficitelor motorii şi a tulburărilor de vorbire;
c) psihoterapia familiei, centrată pe:
   - instruirea membrilor familiei cu privire la satisfacerea nevoilor afective ale copilului şi modelele atitudinale şi comportamentale în conformitate cu programele de psihoterapie, logopedie, kinetoterapie, ergoterapie la care participă copilul deficient mintal;
   - consilierea axată pe necesitatea cooperării şi menţinerii unităţii de acţiune cu echipa de specialişti, modalităţile de organizare a vieţii copilului deficient mintal, pe segmente mici cu obiective concrete;
   - terapia de susţinere adresată părinţilor care doresc să se confeseze cu privire la experienţele lor cu copiii deficienţi mintal;
   - terapia funcţională bazată pe metode şi tehnici consacrate, centrată pe ameliorarea comportamentelor şi învăţarea socială în scopul adaptării şi integrării în comunitate a copilului deficient mintal;
d) abordarea de pe principiile educaţiei integrate a relaţiei copilului deficient mintal cu şcoala în scopul oferirii de şanse egale în raport cu ceilalţi membri ai comunităţii pentru o cât mai bună adaptare, valorizare, profesionalizare şi integrare comunitară după terminarea ciclului de pregătire şcolară şi profesională.

Programele de recuperare şi terapie trebuie să urmărească valorificarea cât mai bună a potenţialului intelectual şi aptitudinal pe care copilul sau persoana respectivă le posedă, pornind de la premisa că orice progres făcut în recuperarea şi dezvoltarea unor capacităţi de autonomie personală şi socială va permite apariţia unui nivel mai ridicat de adaptare

şi integrare în mediul familial şi comunitar, ca o condiţie a normalizării vieţii acestor categorii de persoane.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Prezentaţi un punct de vedere personal cu privire la evoluţia cercetărilor şi atitudinilor, precum şi asupra teoriilor care fundamentează apariţia şi modul de manifestare al deficienţelor mintale.
- Care sunt elementele implicate în diagnosticul deficienţelor mintale şi ce presupune diagnosticul diferenţial în cazul acestor tulburări?
- În ce constă deosebirea majoră dintre deficienţa mintală şi deficienţa de intelect şi care este efectul/importanţa sa în programele educativ-recuperatorii.
- Prezentaţi o perspectivă sintetică asupra criteriilor de clasificare şi a principalelor categorii de deficienţă mintală.
- Efectuaţi o analiză privind etiologia endogenă şi etiologia exogenă responsabile de apariţia deficienţelor mintale.
- Care sunt principalele elemente definitorii ale tabloului clinic şi psihopedagogic al deficienţelor mintale şi cum pot fi ele identificate în reacţiile şi conduita unui copil cu deficienţă mintală?
- Analizaţi comparativ intelectul de limită şi pseudodeficienţa mintală sub aspect etiologic, clinic şi psihopedagogic.
- Care sunt trăsăturile/caracteristicile psihopedagogice specifice principalelor categorii de deficienţă mintală?
- Care sunt elementele principale ale unui program de profilaxie şi terapie a deficienţelor mintale?

CAPITOLUL 5

Deficienţe senzoriale

Deficienţele senzoriale sunt determinate de unele disfuncţii sau tulburări la nivelul principalilor analizatori (vizual şi auditiv), cu implicaţii majore asupra desfăşurării normale a vieţii de relaţie cu factorii de mediu, dar şi a proceselor psihice ale persoanei, având o rezonanţă puternică în conduita şi modul de existenţă al acesteia. Datorită particularităţilor celor doi analizatori, auditiv şi vizual, precum şi rolului fiecăruia în structurarea proceselor psihice este nevoie de o abordare separată a tulburărilor care pot interveni la nivelul lor. Astfel au apărut surdologia şi tiflologia, cele două discipline responsabile de studierea, descrierea şi cunoaşterea deficienţelor de auz, respectiv de vedere.

5.1. Deficienţe de auz

Deficienţele de auz fac obiectul surdopsihopedagogiei, ştiinţa interdisciplinară care studiază particularităţile dezvoltării psihofizice ale persoanelor cu disfuncţii auditive, stabileşte cauzele şi consecinţele pierderii auzului, mijloacele de recuperare, compensare şi educare în vederea structurării personalităţii şi integrării lor în viaţa socială şi profesională, principiile şi modalităţile prin care deficienţii de auz pot fi integraţi în sistemul şcolar şi profesional, activitatea relaţională cu familia, factorii sociali şi educaţionali.

Surdopsihopedagogia este o disciplină psihopedagogică, având caracter interdisciplinar, constituită din două componente:

- *surdopedagogia* – componentă a pedagogiei speciale care se ocupă cu studiul problemelor şi legităţilor educaţiei şi instrucţiei deficienţilor de auz;
- *surdopsihologia* – componentă a psihologiei speciale care studiază particularităţile şi legităţile specifice ale dezvoltării psihice a deficienţilor de auz, precum şi aspectele psihologice ale procesului de instrucţie şi educare a acestora.

Obiectivele generale ale acestei discipline sunt:

- realizarea demutizării copiilor surdomuţi;
- conservarea şi dezvoltarea limbajului verbal la deficienţii care au dobândit surditatea după ce şi-au asimilat limbajul.

Sarcinile specifice surdopsihopedagogiei constau în :
- identificarea particularităţilor psihopedagogice ale deficienţilor de auz ;
- adaptarea conţinuturilor învăţământului la posibilităţile reale ale deficienţilor de auz ;
- organizarea procesului de învăţământ pornind de la specificul şi consecinţele în plan psihic determinate de tulburările de auz ;
- valorificarea celor mai eficiente metode şi procedee (de la caz la caz) în activităţile didactice cu deficienţii de auz ;
- formarea şi dezvoltarea funcţiilor psihice prin dezvoltarea limbajului ;
- familiarizarea deficienţilor de auz cu activităţile productive în scopul adaptării şi integrării lor sociale ;
- asigurarea suportului psihoafectiv necesar unei structurări armonioase a personalităţii.

În majoritatea cazurilor, pierderea auzului este un proces lent, nedureros. Un studiu recent arată că aproximativ 35% dintre copiii cu vârste cuprinse între 7 şi 18 ani au pierderi ale capacităţii auditive în diferite grade[1]. Depistarea şi intervenţia precoce a tulburărilor auditive sunt o condiţie fundamentală pentru evoluţia ulterioară a copilului, dat fiind pericolul apariţiei mutităţii, adică neînsuşirea limbajului ca mijloc de comunicare şi instrument operaţional al gândirii. Altfel spus, deficienţa auditivă nu este atât de gravă prin tipul, forma de manifestare, gradul de pierdere a auzului, cât mai ales prin influenţele negative asupra proceselor de percepere a sunetelor necesare formării şi dezvoltării normale a vorbirii, a limbajului, a gândirii copilului deficient. Este o regulă cunoscută în literatura de specialitate care afirmă că un copil ce prezintă pierderi mari de auz în primii ani de viaţă, fără o protezare precoce, inevitabil va deveni şi mut. De asemenea, disfuncţiile auditive cu cât sunt mai grave, cu atât vor influenţa mai mult apariţia şi dezvoltarea normală a vorbirii, fapt evidenţiat prin frecvenţa crescută a tulburărilor de vorbire la copii cu diferite grade de hipoacuzie. În plus, din cauza absenţei comunicării prin limbaj, un copil surd este mai dezavantajat, sub raportul structurării operaţiilor cognitive, decât un copil orb, dar în ambele cazuri se produc modificări esenţiale ale proceselor de recepţie, analiză şi răspuns pentru varietatea stimulilor din mediul înconjurător ; prin intervenţia proceselor de compensare se produc transformări majore în structurarea dominanţelor perceptive şi de prelucrare a datelor la nivel cerebral care conferă anumite particularităţi modului de manifestare a vieţii lor psihice atât din punct de vedere calitativ, cât şi din punct de vedere cantitativ.

5.1.1. *Clasificarea deficienţelor de auz. Aspecte privind evaluarea pierderilor de auz*

Deficienţele de auz sunt, de cele mai multe ori, consecinţa unor malformaţii sau dereglări anatomo-fiziologice ale structurilor analizatorului auditiv. Din această perspectivă, deficienţele de auz pot fi clasificate astfel :
- *deficienţele de transmisie* (sau surditatea de conducere) – se instalează din cauza dificultăţilor apărute în calea undelor sonore la trecerea lor de la exterior spre

1. Acestea se datorează, în majoritatea cazurilor, purtării căştilor audio, sunetelor de intensitate foarte mare sau participării la concerte foarte zgomotoase (un mare pericol pentru ureche îl constituie şi staţiile muzicale stereo, fie că sunt la domiciliu, la un concert sau într-o discotecă).

urechea internă prin malformaţii ale urechii externe sau medii, defecţiuni ale timpanului, obturarea sau blocarea canalului auditiv extern (spre exemplu, în urma prezenţei unor corpuri străine sau dopuri de ceară) sau prin apariţia unor afecţiuni la nivelul structurilor urechii mijlocii (spre exemplu, în urma unor otite, mastoidite, infecţii însoţite de secreţii purulente care blochează transmiterea undelor sonore şi au un efect distructiv asupra structurilor osoase şi cartilaginoase de la acest nivel);
- *deficienţele de percepţie* – sunt provocate de leziuni ale urechii interne, nervului auditiv sau centrilor nervoşi de la nivelul scoarţei cerebrale (surditate centrală), urmate de pierderea totală sau parţială a funcţiei organului receptor din urechea internă sau a nervului auditiv;
- *deficienţele mixte* – includ atât elemente ale deficienţelor de transmisie, cât şi ale celor de percepţie, consecutive unor afecţiuni de tipul otosclerozei, sechele operatorii, traumatisme etc.

După gradul deficitului auditiv, pot fi identificate următoarele tipuri (clasificare BIAF – Biroul internaţional de audio-fonologie):
- hipoacuzie uşoară (deficit de auz lejer) – o pierdere de auz de 20-40 dB;
- hipoacuzie medie (deficit de auz mediu) – o pierdere de auz de 40-70 dB;
- hipoacuzie severă (deficit de auz sever) – o pierdere de auz de 70-90 dB;
- anacuzie/cofoză (deficit de auz profund, surditate) – o pierdere de auz de peste 90 dB.

În funcţie de lateralitate, putem întâlni:
- deficienţe unilaterale;
- deficienţe bilaterale.

După momentul apariţiei deficienţei, au fost clasificate următoarele tipuri:
- deficienţe ereditare (anomalii cromozomiale, transmitere genetică);
- deficienţe dobândite

sau
- deficienţe prenatale;
- deficienţe perinatale (neonatale);
- deficienţe postnatale.

Observaţii
- Pierderea auzului înaintea vârstei de 2-3 ani are drept consecinţă mutitatea; vom avea de-a face cu un copil surdomut.
- Dacă pierderea auzului intervine la câţiva ani după ce copiii şi-au însuşit vorbirea, apar dificultăţi în menţinerea nivelului atins, evidenţiindu-se chiar unele regresii în vorbire, sub toate aspectele (bogăţia vocabularului, intensitatea vocii, exprimare gramaticală etc.). La vârste mai mari, copiii sunt puşi în situaţia de a face un efort suplimentar de menţinere a atenţiei care îi ajută să compenseze lipsa de intensitate a sunetului perceput sau pentru a percepe mişcările de la nivelul buzelor şi feţei interlocutorului (labiolectura).
- Efectul tulburării de auz este diferit în funcţie de:
  - vârsta la care a apărut tulburarea;
  - particularităţile psihice ale subiectului;

- mediul în care trăieşte subiectul ;
- atitudinea celor din jur.
- O ureche cu auz normal poate suplini surditatea celeilalte.
- Din punct de vedere statistic, unul din zece oameni suferă, într-o proporţie mai mare sau mai mică, de tulburări de auz.

Evaluarea nivelului auditiv – *audiometria* – are la bază măsurarea intensităţii undelor sonore (nivelul de decibeli – dB) şi a frecvenţei[1] sunetelor (măsurată în Hertz – Hz) cu ajutorul unui echipament special numit *audiometru*. Rezultatele obţinute în urma măsurării acestor parametri se înregistrează pe un grafic unde pe abscisă se notează frecvenţa, iar pe ordonată se notează înălţimea/intensitatea sunetelor ; se obţine astfel o audiogramă care evidenţiază câmpul auditiv şi eventualele pierderi de auz. În funcţie de dispoziţia datelor pe audiogramă, se va face şi adaptarea funcţională a protezei auditive care va suplini/compensa pierderea de auz. Audiometria poate fi :

- audiometrie tonală – este efectuată cu ajutorul sunetelor generate de audiometru ;
- audiometria vocală – este efectuată cu ajutorul vocii examinatorului şi transmisă celui examinat printr-un microfon adaptat aparatului ; ca material verbal, în funcţie de vârsta examinatului, se folosesc logatomi, cuvinte, propoziţii şi fraze din vorbirea curentă.

Ca regulă, testarea se începe întotdeauna cu urechea mai puţin afectată, iar, dacă ambele urechi sunt aproximativ în aceeaşi stare, se începe cu urechea dreaptă.

Pentru testarea auzului în practică se mai folosesc :

1. *Acumetria fonică* (examinarea auzului cu ajutorul vocii[2]) : reprezintă o metodă rapidă şi la îndemâna atât a specialistului, cât şi a părinţilor. Copilul este aşezat pe un scaun, cu spatele la examinator, având o ureche liberă şi una acoperită. Examinarea se realizează într-un spaţiu liniştit, distanţa dintre examinator şi examinat fiind iniţial de cel puţin 6 m, ulterior fiind micşorată treptat până la o distanţă mai mică de 1 m. Dacă examinatul nu aude sau dacă repetă cuvântul greşit, examinatorul se apropie treptat, repetând probele cu aceeaşi intensitate a vocii. Perceperea vocii obişnuite între 8 şi 6 m presupune existenţa unui auz normal, între 4 şi 1 m presupune o diminuare uşoară sau moderată a auzului, iar sub 1 m presupune o pierdere accentuată de auz ; dacă distanţa de examinare este mai mică de 1 m, există riscul ca examinatul să perceapă vibraţii, şi nu sunete. Examenul cu ajutorul vocii indică numai gradul leziunii, dar nu şi localizarea ei.
2. *Acumetria instrumentală* (examinarea auzului cu ajutorul unei serii de diapazoane[3]) : cu ajutorul diapozitivelor pot fi determinate locul şi câmpul auditiv nealterat ; în

---

1. Urechea umană poate percepe o gamă de frecvenţe cuprinsă între 20 şi 20.000 Hz. Audiometria măsoară pragul de auz de la 125 până la 8.000 Hz. Specifice pentru audibilitatea vorbirii sunt frecvenţele cuprinse între 500 şi 7.000 Hz, cu o concentrare pe intervalul 1.000-4.000 Hz. În general, pentru testarea uzului se folosesc cinci frecvenţe – 250-500-1.000-2.000-4.000 Hz, considerate importante pentru înţelegerea discursului uman. Tonurile gamei audiometrice cresc din octavă în octavă ; când frecvenţa unui ton se dublează, înălţimea sunetului este cu o octavă mai sus.
2. Vocea utilizată la examinare este : vocea şoptită, vocea de comunicare obişnuită sau vocea strigată.
3. În mod curent, se întrebuinţează seria discontinuă de diapazoane a lui Betzold care cuprinde sunete cu variaţii din octavă în octavă (spre exemplu : 16, 32, 64, 128, 256, 512, 1.024, 2.048, 4.096 etc. Hz).

cazul în care nu sunt percepute sunetele joase, atunci sediul leziunii se află la nivelul segmentului de transmisie (în consecință, tipul surdității va fi de transmisie). Cele mai frecvente metode de examinare a capacității auditive cu ajutorul diapazoanelor sunt:

a) *proba Schwabach* – prin plasarea diapazonului pe mastoidă se compară durata percepției auditive a examinatului cu cea a examinatorului, care trebuie să dispună de auz normal;
b) *proba Rinne* – se verifică raportul dintre audiția de care dispune examinatul pe cale aeriană și audiția pe cale osoasă[1], separat la fiecare ureche;
c) *proba Weber* – diapazonul aflat în vibrație este așezat pe vertex, la jumătatea distanței dintre cele două urechi; sunetul este perceput la mijlocul craniului dacă auzul este normal și este mai puternic în urechea bolnavă în cazul în care segmentul de transmisie este lezat.

5.1.2. *Etiologia deficiențelor de auz*

Etiologia tulburărilor de auz dobândite poate fi prezentată, pornind de la momentul apariției lor, astfel:

a) *în perioada prenatală* (mai ales în faza embrionară):
   - infecții virale sau bacteriene ale mamei (viruși ai rubeolei, oreionului, hepatitei, citomegalovirus și rubella[2] sau tuberculoza, sifilisul etc.);
   - ingerarea de substanțe toxice sau narcotice (toxemia gravidică), alcool sau medicamente din grupul tranchilizantelor;
   - tentative de avort prin consumul unor substanțe de tipul: chinină, apă-de-plumb, ergotină sau prin administrarea în exces de antibiotice;
   - iradieri ale mamei în timpul sarcinii;
   - diabetul;
   - factori endocrini și metabolici cu complicații în funcționarea unor glande;
   - tulburări ale circulației placentare (aportul de oxigen diminuat la nivelul fetusului);
   - incompatibilitate Rh între mamă și făt;
   - traumatisme în timpul sarcinii;

b) *în perioada neonatală* (perinatală):
   - traumatisme obstetricale cu produceri de hemoragii în urechea internă sau la nivelul scoarței cerebrale;
   - anoxie sau asfixie albastră urmată de insuficientă oxigenare a structurilor nervoase cerebrale;
   - bilirubinemia sau icterul nuclear;

c) *în perioada postnatală*:
   - boli infecțioase de tipul: otită, mastoidită, meningită, encefalită, scarlatină, rujeolă, febră convulsivă, oreion etc.;
   - traumatisme craniocerebrale;
   - abuz de antibiotice și alte substanțe medicamentoase;

---

1. În mod normal, urechea aude vibrații sonore pe cale aeriană (CA) un timp de trei ori mai lung decât pe cale osoasă (CO), adică CO/CA = 1/3.
2. Cunoscută și sub denumirea de *pojar german*.

- traumatisme sonore (acestea pot determina şi unele boli profesionale) ;
- stări distrofice, intoxicaţii, afecţiuni vasculare etc.

În funcţie de localizare la nivelul urechii, putem identifica următoarele cauze :

a) la nivelul urechii externe :
   - absenţa pavilionului urechii sau malformaţii ale acestuia ;
   - obstrucţionarea canalului auditiv extern cu dopuri de ceară sau alţi corpi străini ;
   - excrescenţe osoase etc. ;

b) la nivelul urechii medii :
   - otite, mastoidite, corpi străini ;
   - inflamarea trompei lui Eustache ;
   - leziuni sau malformaţii ale oscioarelor, otoscleroză ;
   - perforarea membranei timpanului etc. ;

c) la nivelul urechii interne :
   - leziuni sau deformări ale labirintului membranos sau cohlear, ale canalelor semicirculare, ale utriculei sau saculei sau membranei tectoria ;
   - leziuni ale organului Corti, membranei bazilare şi nervului auditiv ;

d) la nivelul nervului auditiv şi scoarţei cerebrale :
   - leziuni ale traiectului nervos auditiv sau ale zonei de proiecţie din scoarţă (surditate corticală).

5.1.3. *Tabloul clinic şi psihopedagogic*

Din punctul de vedere al dezvoltării psihofizice şi al particularităţilor psihopedagogice, pot fi identificate următoarele trăsături ale deficienţilor de auz :

- dezvoltarea fizică generală este normală în condiţii de alimentaţie şi îngrijire corespunzătoare ; dezvoltarea componentelor motrice (mişcările, mersul, scrisul etc.) prezintă o uşoară întârziere din cauza absenţei vorbirii şi stimulului emoţional afectiv ;
- orientarea pe bază de auz este diminuată sau chiar inexistentă, iar simţul echilibrului poate fi tulburat ca urmare a afecţiunilor de la nivelul urechii interne ;
- gradul deficienţei auditive diferă în funcţie de cauza, tipul, locul şi profunzimea leziunii componentelor structurale ale analizatorului auditiv ;
- gesturile şi mimica se însuşesc în mod spontan în comunicarea deficientului de auz, constituindu-se treptat într-un limbaj caracteristic acestor persoane ; însuşirea limbajului verbal se face în mod organizat prin activităţile de demutizare, cu sprijinul specialistului logoped şi al familiei ;
- dezvoltarea psihică prezintă o anumită specificitate determinată de gradul exersării proceselor cognitive şi de particularităţile limbajului mimico-gesticular, lipsit de nuanţe şi cu o topică simplistă, generatoare de confuzii în înţelegerea mesajului ; primul sistem de semnalizare (senzorio-perceptiv) este influenţat de specificul limbajului mimico-gesticular şi al reprezentărilor generalizate pe baza achiziţiilor senzoriale şi senzorial-motrice (în special vizual-motrice), instrumente cu care deficientul de auz operează până la vârste înaintate, condiţionând astfel caracterul concret al gândirii sale ;
- gândirea surzilor nedemutizaţi operează în special cu simboluri iconice (imagini generalizate sau reprezentări), comparativ cu surzii demutizaţi la vârste mici şi a

căror gândire foloseşte simboluri verbale saturate de elemente vizuale ; operaţiile logice (analiza, sinteza, abstractizarea, generalizarea, comparaţia) se desfăşoară de obicei la un nivel intelectual scăzut şi în prezenţa suportului intuitiv cu implicaţii negative asupra îmbogăţirii nivelului de cunoştinţe ;
- funcţiile mnezice sunt aproximativ asemănătoare cu cele ale unui auzitor, cu deosebirea că memoria cognitiv-verbală se dezvoltă mai lent, în timp ce memoria vizual-motrice şi cea afectivă au o dezvoltare mai bună ;
- imaginaţia şi capacitatea de a crea noi reprezentări prezintă, la rândul lor, evidente influenţe ale dominanţei vizual-motorii în asimilarea informaţiilor, cu limite de realizare determinate de nivelul de senzorialitate şi de particularităţile judecăţii şi raţionamentelor saturate de vizualitate ;
- întârzierea în învăţarea vorbirii, pierderea perioadei optime de însuşire a limbajului verbal măresc decalajul în dezvoltarea psihică între elevul surd şi auzitor, ceea ce afectează relaţiile sociale ale celui dintâi, adaptarea la cerinţele şcolii, integrarea într-un grup profesional, determinând conduite de izolare, sentimente de inferioritate, stări depresive, lipsă de interes, descurajare, eşecuri în plan şcolar şi profesional etc.

5.1.4. *Compensarea, demutizarea şi ortofonia*

În cazul tulburărilor de auz intervine *compensarea*, care constă într-un proces complex de reechilibrare a funcţionării organismului, în scopul adaptării la solicitările mediului, pe baza legii unităţii şi interacţiunii părţilor componente ale unui sistem. Fenomenul compensării poate fi întâlnit în următoarele forme :
- compensarea organică – întâlnită în cazul hipoacuziilor prin creşterea eficienţei percepţiei auditive (se referă la exersarea şi creşterea sensibilităţii/acuităţii auditive pe baza resturilor funcţionale existente şi nu urmăreşte refacerea părţii afectate din organul auditiv) ;
- compensarea funcţională (intrasistemică) – se realizează în cazul pierderii totale a auzului şi presupune restructurarea schemei funcţionale prin preluarea de către analizatorii valizi a funcţiei pierdute ; în acest caz, auzul deficitar este compensat de văz (prin labiolectură), de simţul vibrotactil (esenţial pentru perceperea vibraţiilor articulatorii în procesul demutizării) şi mai ales de plasticitatea structurilor cerebrale (interferenţa funcţională a ariilor de proiecţie primară cu ariile de asociaţie care intervine în integrarea şi interpretarea corectă a informaţiilor primite pe cale vizuală şi vizual-motrice) ;
- compensarea de tip mixt – întâlnită în anumite cazuri de hipoacuzie cu implicarea structurilor organice şi funcţionale.

În compensarea organică sau funcţională, un rol important îl au mijloacele tehnice (protezele de anumite tipuri), intervenţiile medicale (timpanoplastii) şi, mai nou, echipamentele microelectronice (implanţii cohleari).

Formele de comunicare întâlnite în procesul educaţional al copiilor cu deficienţe de auz sunt :

a) *comunicare verbală* – orală şi scrisă :
   - are la bază un vocabular dirijat de anumite reguli gramaticale ;
   - labiolectura – suport important în înţelegere ;

b) *comunicare mimico-gestuală* – este cea mai la îndemână formă de comunicare, de multe ori folosită într-o manieră stereotipică şi de auzitori ;
c) *comunicare cu ajutorul dactilemelor* – are la bază un sistem de semne manuale care înlocuiesc literele din limbajul verbal şi respectă anumite „reguli gramaticale" în ceea ce priveşte topica formulării mesajului ;
d) comunicarea bilingvă – presupune combinarea între :
   – comunicarea verbală + comunicarea mimico-gestuală ;
   – comunicarea verbală + comunicarea cu dactileme ;
e) *comunicare totală* – folosirea tuturor tipurilor de comunicare în ideea de a se completa reciproc şi de a ajuta la corecta înţelegere a mesajului.

Observaţii

- Educatorii sunt cei mai în măsură să decidă forma de comunicare adoptată în relaţiile cu deficienţii de auz în funcţie de :
  – nivelul deficienţei ;
  – nivelul inteligenţei ;
  – particularităţile personalităţii deficientului.
- Nu se poate spune că una dintre aceste forme de comunicare este superioară alteia ; eficienţa lor se vede în practică. Important este ca deficientul să ştie să comunice eficient şi să înţeleagă mesajul.

În cazul tulburărilor de auz, pe lângă fenomenele compensatorii mai întâlnim alte două procese fundamentale – demutizare şi ortofonie – esenţiale în contextul acţiunilor educativ-recuperatorii.

Demutizarea reprezintă activitatea complexă de înlăturare a mutităţii cu metode şi mijloace specifice, prin valorificarea căilor organice nealterate şi pe baza compensării funcţionale ; are o componentă didactică semnificativă şi presupune însuşirea celor trei componente ale limbajului :

– componenta fonetică (articularea corectă a fonemelor şi a structurilor fonetice specifice fiecărei limbi) ;
– lexicul (cuvintele care formează vocabularul unei limbi) ;
– structura gramaticală (setul de reguli care se aplică în realizarea construcţiilor lexicale pentru o exprimare verbală corectă şi inteligibilă).

În ultimul timp, în perspectiva educaţiei permanente, demutizarea a căpătat un sens mai larg, deoarece însuşirea laturii fonetice a limbii nu se termină o dată cu finalizarea ciclurilor şcolare ; ea se prelungeşte în timp, întrucât noile structuri fonetice şi lingvistice descoperite pe parcursul vieţii vor trebui asimilate tot pe căi specifice (ceea ce presupune existenţa unor servicii în domeniul demutizării şi la vârste mai mari pentru îmbogăţirea şi antrenarea componentelor fonetice, lexicale şi gramaticale).

Pe baza observaţiilor efectuate în activităţile practice s-a constatat că, în cazul deficienţilor de auz în curs de demutizare, procesul de comunicare prezintă următoarele particularităţi :

– un volum redus al vocabularului însuşit ;
– existenţa a numeroase clişee verbale, cuvinte cu conţinut semantic sărac sau deformat ;

- cuvintele sunt folosite aşa cum au fost prezentate iniţial (în cazul nominativ sau acuzativ), fără inflexiuni ;
- existenţa unui decalaj vizibil între vocabularul activ şi cel pasiv (între vocabularul utilizat în exprimare şi vocabularul stocat).

Din registrul greşelilor care se manifestă în comunicarea verbală a deficienţilor de auz, enumerăm :

- evitarea exprimării în propoziţii – preferă utilizarea unui singur cuvânt care ţine loc de propoziţie ;
- folosirea incompletă a propoziţiilor (înşiruire de cuvinte care au o anumită logică, dar fără a respecta regulile gramaticale cu privire la sintaxă) ;
- greşeli de topică – aşezarea cuvintelor în propoziţie este influenţată în numeroase situaţii de topica limbajului mimico-gestual ;
- dezacorduri frecvente între părţile de propoziţie sau părţile de vorbire (dezacorduri între subiect şi predicat, substantiv şi adjectiv, verb şi complement etc.) ;
- absenţa sau folosirea incorectă a prepoziţiilor şi conjuncţiilor ;
- utilizarea incorectă a desinenţelor, respectiv a sufixelor şi prefixelor ;
- predispoziţie către exprimări în construcţii simple, fără prea multe sinonime, redundante din cauza unui vocabular activ destul de sărac.

Faţă de copilul auzitor care învaţă vorbirea în mod spontan (pe baza imitării modelelor verbale pe care le întâlneşte în mediul social apropiat), copilul lipsit de auz nu are această posibilitate şi va învăţa vorbirea (inclusiv structura gramaticală a limbii) în mod organizat, atât în perioada preşcolară, cât şi în perioada şcolară mică. Pentru aceasta au fost recomandate mai multe strategii de abordare a demutizării : unii au sugerat folosirea iniţială a cuvintelor cu conţinut concret şi uşor de pronunţat, alţii recomandă respectarea principiului accesibilităţii articulării (cu prioritate pe acele cuvinte de care copilul este interesat în realizarea comunicării verbale) etc. Dincolo de aceste poziţii, principala problemă se referă la metodologia prezentării acestor cuvinte, astfel încât ele să devină noţiuni integratoare şi utile în perspectiva sistematizării şi continuităţii în dezvoltarea vocabularului copilului demutizat. În acest sens, decizia cu privire la modul de abordare a procesului educativ-recuperator de demutizare aparţine specialistului în ortofonologie, care va încerca să identifice „centrul de greutate” al programului de intervenţie prin analiza particularităţilor psihointelectuale şi a dominantelor personalităţii copilului, stilului propriu de activitate şi a resurselor existente, inclusiv la nivelul familiei, care pot susţine constant activitatea de recuperare.

Ortofonia se ocupă cu emisia corectă a sunetelor/fonemelor şi învăţarea pronunţiei de către elevii cu deficienţe de auz în vederea realizării comunicării orale inteligibile. În acest sens, ortofonia urmăreşte :

- formarea şi exersarea mişcărilor respiratorii necesare în procesul vorbirii ;
- exersarea organelor fonoarticulatorii şi pregătirea acestora pentru emiterea/impostarea sunetelor ;
- educarea sensibilităţii vibrotactile şi interacţiunea analizatorilor ;
- emiterea şi formarea vocii (exerciţii cu ajutorul onomatopeelor şi palparea laringeală) ;
- emiterea şi automatizarea pronunţării sunetelor ; în paralel se realizează şi corectarea erorilor de pronunţie, coarticularea, ordinea de emitere a sunetelor ;

- învăţarea şi asimilarea elementelor prozodice ale limbii (ritm, accent, intonaţie);
- metodologia educării auzului şi tehnica protezării (indicaţii şi contraindicaţii în utilizarea şi reglarea protezelor auditive).

Articularea şi producerea sunetelor în limba română – locul/zona de articulare:

a) vocalele:
- pentru vocalele *e* şi *i* – vocale anterioare sau prepalatale – rezonatorul se formează între partea anterioară a limbii şi partea posterioară a palatului;
- pentru vocalele *ă* şi *î* – vocale mediale – dosul limbii se retrage puţin spre partea posterioară a palatului, prelungind astfel rezonatorul în care va intra şi partea medială a limbii şi palatului;
- pentru vocalele *u* şi *o* – vocale posterioare, postpalatale sau velare – dosul limbii se retrage şi mai mult spre partea posterioară a palatului, prelungind cu mult rezonatorul, care cuprinde astfel şi partea posterioară a dosului limbii şi a palatului; de asemenea, rezonatorul se mai lungeşte şi în partea din faţă a canalului vorbitor prin rotunjirea şi înaintarea buzelor;
- vocala *a* – vocală neutră din punctul de vedere al locului de articulare;

b) consoanele:
- consoane bilabiale *p*, *b*, *m* – zona de articulare se situează la nivelul buzelor;
- consoane labiodentale *f*, *v* – zona de articulare se situează la nivelul incisivilor superiori şi buza inferioară;
- consoane dentale (alveolare) – zona de articulare se află la nivelul vârfului limbii şi dinţilor pentru consoanele: *t*, *d*, *n*, *s*, *z*, *ţ* sau în partea anterioară a palatului şi vârfului limbii pentru consoanele: *l*, *r*, *ş*, *j* (ultimele două se numesc consoane prepalatale);
- consoane palatale şi postpalatale: *c*, *k*, *g* – zona de articulare se situează în partea posterioară a palatului, la baza limbii şi vălul palatin;
- consoana laringală *h* – zona de articulare se află la nivelul peretelui posterior al faringelui, la baza limbii şi vălul palatin;
- consoane semioclusive: *ce*, *ci*, *ge*, *gi* – zona de articulare se află în partea anterioară a palatului şi dosul limbii;
- consoane palatizante: *che*, *chi*, *ghe*, *ghi* – zona de articulare se situează în partea posterioară a palatului şi dosul limbii:

După prezenţa sau absenţa zgomotului în articulaţie, există:
- consoane sonante – *m*, *n*, *l*, *r*;
- consoane asonante – *p*, *b*, *f*, *v*, *s*, *ş*, *t*, *ţ*, *n*, *l*, *r*, *z*, *d*, *j*, *c*, *k*, *g*, *h*.

După intensitatea sunetului la pronunţare (sau a suflului), întâlnim:
- consoane surde – *p*, *f*, *s*, *ş*, *t*, *ţ*, *c*, *k*, *h*;
- consoane sonore – *b*, *m*, *v*, *n*, *l*, *r*, *z*, *d*, *j*, *g*.

Metodologia educării auzului presupune parcurgerea mai multor etape:

a) în prima etapă se urmăreşe ascultarea sunetelor şi adaptarea în condiţiile protezării – copilul ascultă spontan sunetele, zgomotele şi vorbirea din mediul înconjurător;

b) în a doua etapă copilul este învăţat să asculte şi pe cât posibil să reacţioneze la stimulii sonori (să dea de înţeles că a auzit) ;
c) în etapa a treia copilul va fi învăţat să localizeze sunetul – i se va arăta sursa sonoră pentru ca sunetele să-i devină familiare şi să aibă o anumită semnificaţie ;
d) în a patra etapă se urmăreşte diferenţierea sunetelor – după ce a asociat sunetul cu sursa acestuia, copilul este antrenat să facă diferenţieri între diferite tipuri de sunete (se pot utiliza instrumente muzicale, jucării, obiecte familiare, sunete specifice etc.) ; sunt recomandate exerciţii de diferenţiere a calităţii sunetelor : durată (sunete lungi sau scurte), frecvenţă (sunete grave, medii, acute), intensitate (sunete slabe, medii, puternice, foarte puternice) ;
e) în etapa a cincea se vor identifica şi diferenţia sunete verbale – în acest sens se vor utiliza mai multe tipuri de exerciţii :
- exerciţii de diferenţiere a sunetelor emise de instrumente şi de vocea umană ;
- exerciţii de diferenţiere a vocilor umane (voce de bărbat, femeie, copil, vocea educatorului, vocile colegilor, propria voce etc.) ;
- exerciţii de diferenţiere a vocii sale (sunete de intensităţi şi frecvenţe diferite), a unui grup de voci (cor) ;
- exerciţii de recunoaştere, diferenţiere şi reproducere a fonemelor (vocale şi consoane) specifice limbii, în mod izolat şi în cuvinte (exerciţiile vor fi individualizate în funcţie de particularităţile auzului fiecărui copil) ;
- exerciţii de diferenţiere a unor cuvinte asemănătoare prin componenţa lor fonetică (izolat şi în propoziţii) ;
- exerciţii pentru perceperea comenzilor sau a sarcinilor (spre exemplu : „vino la mine", „ridică-te", „dă-mi obiectul x" etc.) ;
- exerciţii în contextul activităţilor de lectură (în vederea continuării lecturii de la momentul întreruperii altui elev sau pentru a urmări textul atunci când citesc alţi elevi) ;
- exerciţii de scriere după auz (dictare audibilă) ; dictarea se realizează întâi fără paravan, apoi cu paravan ;
- exerciţii pentru distingerea elementelor prozodice ale limbii (ritm, accent, intonaţie).

Organizarea şi desfăşurarea activităţilor de educare a auzului trebuie să înceapă de la vârste cât mai mici[1] şi presupun respectarea unor condiţii de ordin tehnic, psihologic şi metodologic. Condiţiile de ordin tehnic se referă la organizarea spaţiului de lucru, protezarea adecvată în raport cu specificul resturilor de auz ale copilului, controlul folosirii protezei (la început câte 5-10 minute pe zi, apoi de doi-trei ori pe zi şi, mai târziu, o perioadă mai îndelungată). Folosirea protezei fără o perioadă de acomodare poate avea consecinţe negative asupra sistemului nervos, resturilor de auz şi confortului fizic al copilului. Condiţiile psihologice urmăresc crearea şi menţinerea motivaţiei pentru vorbire, încurajarea copilului şi încadrarea lui într-un mediu de vorbire, învingerea

1. La vârste mici capacitatea de compensare şi adaptare a copilului protezat este mai mare (plasticitatea crescută a structurilor cerebrale asigură condiţii optime acestui proces), iar posibilităţile de achiziţie a comunicării orale sunt favorizate de perioada optimă de vârstă, specifică achiziţiei limbajului. În plus, copilul mic nu ajunge să conştientizeze şi să resimtă consecinţele absenţei auzului şi comunicării orale, reuşindu-se cu uşurinţă integrarea şcolară şi socială a acestuia.

inhibiţiilor, acceptarea şi utilizarea conştientă a protezei etc. Condiţiile metodologice urmăresc în principal respectarea etapelor în activitatea de exersare a auzului (descoperirea sunetului, diferenţierea sunetului de zgomote, perceperea şi diferenţierea fonemelor, cuvintelor, formularea corectă de propoziţii etc.).

5.2. Deficienţe de vedere

Deficienţele de vedere sunt incluse în cadrul deficienţelor senzoriale, fiind studiate prioritar de tiflopsihopedagogie[1]. Prin varietatea tipologică şi prin consecinţele asupra vieţii psihice şi sociale a individului, această categorie de deficienţe are o puternică influenţă asupra calităţii şi specificităţii relaţiilor pe care persoana deficientă le stabileşte cu factorii din mediu, în condiţiile afectării parţiale sau totale a aportului informaţional de la nivelul analizatorului vizual, principalul furnizor de informaţii la nivelul structurilor cerebrale superioare.

Tiflopsihopedagogia este disciplina psihopedagogică, având caracter interdisciplinar, constituită din două componente :
- *tiflopsihologia* – ramura psihologiei speciale care se ocupă cu studiul particularităţilor şi legităţilor specifice dezvoltării psihice a persoanelor cu deficienţe de vedere, precum şi cu aspectele psihologice ale procesului de compensare şi educare a acestora ;
- *tiflopedagogia* – ramura pedagogiei speciale care urmăreşte problematica specifică a educării şi instruirii deficienţilor de vedere, metodele şi mijloacele specifice de transmitere a informaţiilor precum şi adaptarea permanentă a conţinutului diferitelor discipline la specificul activităţii cu aceste categorii de deficienţi.

Obiectivele acestei discipline pot fi astfel sintetizate :

a) *recuperatorii şi compensatorii* :
   - ocrotirea vederii restante ;
   - folosirea eficientă a posibilităţilor vizuale în scopul perceperii active şi sistematice a realităţii ;
   - utilizarea la maximum a celorlalte aferenţe senzoriale pentru a completa sau înlocui vederea ;
   - dezvoltarea unor abilităţi ale proceselor psihice care intervin în procesul compensaţiei ;
   - prevenirea, remedierea şi înlăturarea unor posibile tulburări în planul dezvoltării psihomotrice ;
   - educarea psihomotrice în scopul asigurării independenţei şi siguranţei în mişcare ;
   - corectarea reprezentărilor vizuale, completarea şi îmbogăţirea acestora prin noi experienţe ;

b) *educaţionale* :
   - accesul la toate gradele şi formele de învăţământ ;
   - pregătirea ştiinţifică, tehnică şi culturală ;

1. Denumirea acestui domeniu are la bază cuvântul de origine greacă *tyflos*, care înseamnă *orb/orbire*.

- orientarea şcolară şi profesională ;
- desfăşurarea de activităţi didactice care să consolideze şi să perfecţioneze mecanismele compensatorii ;
- operaţionalizarea conţinuturilor educaţionale prin metode şi mijloace accesibile.

Principalii indicatori funcţionali utilizaţi în aprecierea deficienţelor vizuale sunt :

1. *Acuitatea vizuală* – desemnează distanţa la care ochiul poate percepe distinct obiectele (acuitatea vizuală se calculează după formula: $V=d/D$, unde D – distanţa citirii rândului de către ochiul emetrop şi d – distanţa examinării (5 m). Persoanele care au o acuitate vizuală de 1/10, adică pot vedea la 6-7 m ceea ce o persoană normală poate vedea la 70 m, sunt considerate persoane cu deficienţe vizuale (ambliopi), dar nu nevăzătoare, iar cele care au o acuitate vizuală sub 1/10 sunt considerate cu cecitate.
2. *Câmpul vizual* – reprezintă spaţiul pe care îl poate percepe ochiul atunci când priveşte fix un obiect. Limitele fiziologice ale câmpului vizual pentru alb sunt : temporal 90°, nazal 60°, superior 50°, inferior 70°. În anumite stări patologice apar scăderi ale câmpului vizual clasificate astfel : afecţiuni uşoare (scăderi cu 10-20°), medii (20-30°), accentuate (30-40°), grave (reduceri de peste 40°, situaţie în care apare şi vederea tubulară). Mai putem întâlni absenţe ale imaginii în câmpul vizual pe zone limitate numite *scotoame* (scotomul fiziologic, temporal, la nivelul papilei nervului optic, şi scotoame patologice, care corespund unor alterări/leziuni ale corioretinei, ale căilor optice sau ale scoarţei cerebrale). De asemenea, este foarte important de apreciat *vederea binoculară* (capacitatea ochiului de a vedea obiectele înconjurătoare într-o singură imagine atunci când sunt privite cu ambii ochi în acelaşi timp) şi *vederea spaţială* a celor lipsiţi de vedere binoculară (monoftalmii).
3. *Sensibilitatea luminoasă* – este capacitatea de a diferenţia diferite intensităţi ale luminii şi reprezintă forma elementară a funcţiei vizuale ; capacitatea ochiului de a sesiza lumina şi de a se adapta la variaţiile luminoase din mediul înconjurător. În raport cu acest indice se determină *sensibilitatea luminoasă absolută* (proprietatea retinei de a percepe minimumul vizibil de lumină) şi *sensibilitatea luminoasă diferenţială* (perceperea unei diferenţe de lumină între două zone/semnale/surse minimum separabile). Incapacitatea ochiului de a se adapta la întuneric poartă denumirea de hemeralopie şi apare în retinopatia pigmentară şi în carenţe de vitamină A.
4. *Sensibilitatea de contrast* – este capacitatea de a distinge deosebirile de intensitate luminoasă dintre excitanţii prezenţi concomitent (evidentă în distingerea obiectului de fond) ;
5. *Sensibilitatea cromatică* – reprezintă capacitatea ochiului de a percepe culorile şi de a realiza o vedere colorată. Tulburările sensibilităţii cromatice se numesc *discromatopsii* (totale sau parţiale) şi reprezintă dificultăţi de diferite grade în recunoaşterea culorilor sau absenţa percepţiei pentru unele culori. Majoritatea dintre ele sunt congenitale şi definitive ; în raport cu anumite culori sunt denumite :
   - deuteranomalia sau deuteranopia – discromatopsia pentru verde ;
   - protanomalia sau daltonismul – discromatopsia pentru roşu ;
   - tritanopia – discromatopsia pentru albastru (apare mai rar).
6. *Eficienţa vizuală* – desemnează capacitatea de prelucrare, integrare şi activare a stimulilor vizuali la nivel central în raport cu anumiţi factori intelectuali, motivaţionali, aptitudinali etc. Aceasta depinde de toţi indicii funcţionali ai vederii şi de

interacţiunea reflex-condiţionată a analizatorilor, realizată prin procesele cognitive superioare. Creşterea eficienţei vizuale poate fi evidenţiată, printre altele, prin:

- creşterea distanţei de recunoaştere a unor obiecte sau imagini;
- consolidarea vederii de aproape (la distanţa optimă de citire);
- optimizarea indicilor funcţionali ai vederii;
- diminuarea dificultăţilor de localizare în plan şi în spaţiu;
- creşterea ritmului şi corectitudinii percepţiei;
- exersarea raţională şi eficientă a tuturor resturilor funcţionale ale vederii etc.

În sinteză, putem spune că între aceşti indicatori există raporturi de interdependenţă care favorizează calitatea vederii binoculare, evidenţiată în special prin: perceperea corectă a distanţelor, a poziţiei reciproce a obiectelor în spaţiu tridimensional, capacitatea de separare sau disociere dintre două semnale luminoase, capacitatea de fixare a privirii asupra unui punct fix etc.

Funcţia analizatorului vizual este răspunzătoare de următoarele trei componente:

a) percepţia luminii prin:
   - vederea scotoptică – adaptarea la întuneric datorită celulelor cu bastonaşe din retina periferică;
   - vederea fotoptică – vederea în condiţii de luminozitate şi perceperea culorilor realizată de celulele cu conuri din macula luteea;
   - vederea mezoptică – rezultanta primelor două;
b) percepţia formei – contururi, mărimi, detalii ale obiectelor;
c) percepţia culorilor – datorită pigmenţilor vizuali din celulele cu conuri.

5.2.1. *Clasificarea deficienţelor de vedere*

Întrucât nu există factori cauzali deosebiţi care să determine pierderea totală sau parţială a vederii, în clasificarea cauzelor cecităţii şi ambliopiei se ia în seamă localizarea anatomică a afecţiunilor, inclusiv ale anexelor organului vizual. În funcţie de acest criteriu al localizării anatomice a afecţiunilor vizuale, se întâlnesc:

a) afecţiuni care evoluează cu scăderea acuităţii vizuale:
   - unele afecţiuni ale anexelor globului ocular (pleoape, aparat lacrimal, conjunctivitele);
   - tulburări ale refracţiei oculare (ametropii: miopie, hipermetropie, astigmatism);
   - afecţiuni ale polului anterior al globului ocular (sunt afectate corneea, sclerotica, uveea);
   - afecţiuni ale cristalinului şi corpului vitros;
   - afecţiuni ale polului posterior al globului ocular (la nivelul corioretinei şi ale nervului optic);
   - afecţiuni ale căilor optice intracraniene;
   - glaucomul (creşterea tensiunii intraoculare);
   - accidentele oculare;
b) afecţiuni care evoluează cu alterări ale câmpului vizual;
c) afecţiuni care evoluează cu tulburări ale vederii binoculare (strabismul, diplopia);
d) afecţiuni care evoluează cu tulburări de adaptare la întuneric şi la lumină;
e) afecţiuni care evoluează cu alterări ale sensibilităţii cromatice.

În funcţie de indicele acuităţii vizuale, putem identifica:

a) ambliopie uşoară – indicele acuităţii vizuale cuprins între 0,5 şi 0,3;
b) ambliopie medie – indicele acuităţii vizuale cuprins între 0,2 şi 0,1;
c) ambliopie forte – indicele acuităţii vizuale cu valori sub 0,1:
 – cecitate relativă – cu perceperea mişcărilor mâinii şi a luminii;
 – cecitate absolută – fără perceperea luminii.

După gradul de scădere a acuităţii vizuale în raport cu substratul organic, ambliopiile pot fi:

a) ambliopii organice (lezionale) – provocate de modificări organice ale analizatorului vizual;
b) ambliopii relative – modificările organice nu justifică diminuarea funcţiei vizuale;
c) ambliopii funcţionale – fără modificări organice.

După gradul leziunii optice şi nivelul utilizării resturilor de vedere, deficienţele de vedere pot fi clasificate astfel:

a) orbirea absolută – fără perceperea luminii;
b) orbirea socială (practică) – resturile de vedere nu sunt suficiente pentru orientarea în spaţiu;
c) alterări ale câmpului vizual (până la 5-10 grade).

În funcţie de momentul instalării tulburărilor la nivelul analizatorului vizual, pot fi identificate:

a) deficienţe vizuale congenitale;
b) deficienţe vizuale dobândite:
 – la vârsta micii copilării (0-3 ani);
 – la vârsta preşcolară (3-7 ani);
 – la vârsta şcolară mică (7-10 ani);
 – după vârsta de 10 ani.

Observaţie
Este foarte important de ştiut vârsta la care s-a instalat tulburarea vizuală deoarece, în funcţie de această vârstă, putem şti care este experienţa vizuală a persoanei şi condiţiile în care această experienţă poate fi exploatată în acţiunile de recuperare şi educare. În educarea diferitelor categorii de deficienţi vizual, se ia în seamă funcţionalitatea reprezentărilor vizuale ale acestora; astfel, copiii care dobândesc cecitatea după vârsta de 4 ani dispun de un bagaj de reprezentări vizuale destul de însemnat, iar datele tactil-kinestezice şi cele auditive evocă întotdeauna imagini vizuale corespunzătoare, formate până la această vârstă.

Dacă ne raportăm la prezenţa sau absenţa reprezentărilor vizuale, putem identifica următoarele tipuri de deficienţe:

a) orbire congenitală – fără nici o reprezentare vizuală (reprezentările sunt elaborate pe baza informaţiilor primite de la ceilalţi analizatori funcţionali – auditiv, tactil-kinestezic, olfactiv, gustativ);
b) orbire survenită până la vârsta de 3 ani – fără reprezentări vizuale;
c) orbire survenită după vârsta de 3 ani – cu reprezentări vizuale.

Observaţie

În general, mai întâi îşi pierd semnificaţia reprezentările asupra culorilor, iar abia mai târziu reprezentările vizuale ale formei, acestea având un echivalent şi un suport în reprezentările tactil-kinestezice ale formei obiectelor, menţinându-se astfel un timp mai îndelungat.

Bagajul de reprezentări vizuale a subiecţilor şi funcţionalitatea lor pot fi evidenţiate şi exploatate cu ajutorul următoarelor probe:
- probe de identificare a unor obiecte pe cale tactil-kinestezică;
- probe grafice şi tiflografice;
- probe de confecţionare a unor obiecte;
- probe verbale.

Afecţiunile oftalmologice frecvent întâlnite la copiii din mediul şcolar şi care determină greutăţi în perceperea imaginilor vizuale sunt:
- miopia – razele luminoase sunt focalizate înaintea retinei datorită unor modificări ale mecanismelor de refracţie la nivel ocular, fiind afectată vederea la distanţă;
- hipermetropia – razele luminoase sunt focalizate în spatele retinei, fiind afectată vederea de aproape;
- astigmatismul – apare din cauza unor imperfecţiuni ale curburii cristalinului sau corneei şi puterii de refracţie viciate în diferite zone ale mediilor refrigente;
- cataracta – boală congenitală sau dobândită, manifestată prin opacifierea parţială sau totală a cristalinului, urmată de scăderea acuităţii vizuale;
- glaucomul – constă în tulburarea echilibrului presiunii intraoculare, urmată de dereglări ale câmpului vizual;
- strabismul – tulburare a motilităţii oculare prin deviaţia axelor vizuale ale ambilor ochi care împiedică fuziunea imaginilor (vedere dedublată) şi realizarea stereoscopiei;
- nistagmusul – constă în oscilaţii involuntare ale globilor oculari, determinând dificultăţi în focalizarea imaginii pe maculă cu consecinţe asupra scris-cititului sau asupra preciziei efectuării unor activităţi;
- microftalmia – dezvoltare dimensională insuficientă a globilor oculari care afectează vederea binoculară şi perceperea clară a obiectelor, distanţelor şi dispoziţiei spaţiale a acestora;
- retinopatie diabetică – o boală ereditară care se manifestă prin diplopie, incapacitatea de acomodare, vedere fluctuantă, tulburări de refracţie, afectarea vederii cromatice, dezlipire de retină etc.

5.2.2. *Etiologia deficienţelor de vedere*

Etiologia tulburărilor de vedere este foarte variată şi include o diversitate de factori de risc care, în funcţie de locul şi perioada când acţionează, determină forme şi grade diferite de deficienţe ale analizatorului vizual. O clasificare etiologică generală a deficienţelor vizuale include următoarele grupe cauzale:
- boli ale anexelor globului ocular (pleoape, glande lacrimale, conjunctivite, boli ale orbitei oculare);
- tulburări ale refracţiei oculare (miopia, hipermetropia, astigmatismul);

- afecţiuni ale cristalinului (cataracta) ;
- afecţiuni ale corpului vitros ;
- afecţiunile polului posterior (retina şi nervul optic) ;
- afecţiuni ale căilor optice intracraniene ;
- tulburări ale presiunii şi drenajului intraocular (glaucomul) ;
- accidente şi traumatisme oculare (contuzii, plăgi, deplasări de masă la nivelul globilor oculari, acţiuni degenerative ale unor agenţi chimici sau fizici, explozii, afecţiuni provocate de excesul unor medicamente, leziuni traumatice etc.) ;
- alterări ale câmpului vizual ;
- tulburări ale vederii binoculare (strabism, paralizii oculomotorii) ;
- alterări ale simţului cromatic ;
- tulburări de adaptare la întuneric şi lumină.

O sistematizare operativă a cauzelor deficienţelor de vedere include :

a) malformaţii congenitale :
   - anomalii ereditare – genopatii (mutaţii cromozomiale) ;
   - anomalii neereditare – gametopatii (lezarea celulelor germinale înainte de fecundare), blastopatii (leziuni produse în perioada blastogenezei – primele 15 zile după concepţie), embriopatii (leziuni produse între săptămânile 2 şi 12 de sarcină), fetopatii (leziuni în perioada fetală, începând cu luna a patra de sarcină şi până la naştere) ;
b) cauze care acţionează perinatal sau postnatal, în diferite perioade ale existenţei persoanei :
   - boli infecţioase – infecţia gonococică, trahomul, conjunctivita difterică, rujeola, tuberculoza, sifilisul, infecţii pe traiectul nervului optic etc. ;
   - intoxicaţii cu diferite substanţe (de exemplu, alcool metilic, arsenic, antibiotice, intoxicaţii profesionale) ;
   - traumatisme, arsuri produse de accidente sau explozii ;
   - cauze diverse (iradiaţii, staze pupilare, dezlipire de retină etc.).

Un loc important în etiologia deficienţelor de vedere este rezervat numeroaselor boli care se pot manifesta în perioada copilăriei şi a căror neglijare sau netratare poate conduce la urmări foarte grave în dezvoltarea şi funcţionarea structurilor anatomo-fiziologice ale analizatorului vizual. Din această perspectivă pot fi identificate :

- boli neurologice – pot determina atrofii ale nervului optic, paralizii ale muşchilor globului ocular ;
- boli ale pielii – pot afecta ţesuturile dermice oculare prin ulceraţii, afecţiuni ale cristalinului sau corneei ;
- boli ale sângelui – pot provoca atrofii retiniene sau ale nervului optic, tumori ;
- infecţii microbiene sau virotice (de exemplu, gripa) – pot să provoace complicaţii la nivelul anexelor globului ocular (canalul lacrimal, pleoape) ;
- boli infecţioase şi boli venerice – pot provoca afecţiuni mai ales la nivelul ţesuturilor conjunctive sau retiniene (unele infecţii pot determina şi nistagmusul) ;
- boli endocrine (hipersecreţia tiroidiană) – pot determina apariţia glaucomului infantil ;
- traumatisme ale globilor oculari în diferite circumstanţe de viaţă ale copiilor (joacă, accidente la diferite activităţi şcolare sau extraşcolare, agresiuni fizice etc.).

Cunoaşterea etiologiei şi a manifestărilor clinice ale deficienţelor de vedere prezintă o mare importanţă în stabilirea unui diagnostic diferenţial, stabilirea unui tratament compensator şi recuperator adecvat, elaborarea unui prognostic privind evoluţia, recuperarea, profesionalizarea şi integrarea socială a persoanei cu deficienţă de vedere.

5.2.3. *Tabloul clinic şi psihopedagogic*

Tabloul clinic şi psihopedagogic al deficienţilor de vedere include următoarele caracteristici :

- Deficienţele vizuale determină o serie de consecinţe primare care sunt în legătură cu scăderea fluxului de informaţii vizuale, neclaritatea şi imprecizia imaginii, dificultăţi în discriminarea şi fixarea imaginilor sau imposibilitatea perceperii acestora, toate influenţând dinamica proceselor corticale şi intervenţia unor mecanisme fiziologice şi psihice cu rol compensator al deficitului de vedere ; de asemenea, apar şi o serie de consecinţe secundare de tipul : o ţinută corporală defectuoasă determinată de poziţionarea segmentelor corpului în funcţie de posibilitatea recepţionării cât mai clare a imaginii pe retină (răsuciri sau înclinări ale capului şi părţii superioare a trunchiului care determină atitudini cifotice, asimetrice etc.), o încetinire a ritmului dezvoltării psihice, un nivel de cunoaştere scăzut în raport cu vârsta, o coordonare oculomotorie deficitară, elemente ale unui infantilism afectiv sau, dimpotrivă, capacitate mare de memorare intenţionată, concentrare deosebită a atenţiei, calităţi superioare ale voinţei.
- Lipsa controlului vizual, insuficienţa mişcărilor (mai ales în primii ani de viaţă) duc la întârzieri în dezvoltarea fizică generală şi în evoluţia motricităţii, automatismele legate de mers se constituie mai greu pe fondul unor experienţe negative care trezesc şi întreţin teama copilului că ar putea să se împiedice, să cadă, să se lovească, apar dificultăţi de echilibru, atitudini greoaie, stângace etc.
- În cazul şcolarului mic ambliop, dificultăţile percepţiei vizuale influenţează calitatea actelor grafice, în special activitatea de scris, mai ales în perioada iniţială. Consecutiv afectării scrisului apar alte probleme privind transpunerea structurii grafice în structură sonoră la activitatea de citire a unui text ; astfel, ritmul lecturii este mai lent, corectitudinea în citire scade, copilul pierde rândul sau nu identifică în mod corect conturul literelor, cuvintele sau paragrafele, pot apărea dificultăţi de înţelegere a codului de semnalizare a sunetelor sau semnelor grafice, fenomene dislexico--disgrafice evidenţiate prin omisiuni, înlocuiri, confuzii, inversiuni, deformări de litere, silabe, cuvinte, semne ortografice.
- Calităţile percepţiei sunt şi ele afectate la persoanele cu ambliopie, în special integralitatea (adesea caracterul de tot sau de imagine continuă nu se poate realiza fără intervenţia integratorilor verbali), structuralitatea (elementele obiectului-stimul nu apar organizate şi structurate ierarhic ca semnificaţie informaţională), selectivitatea (raportul obiect – fond se realizează cu dificultate mai ales în contexte perceptive complexe), constanţa (obiectele sunt identificate, între anumite limite, independent de distanţa şi poziţia faţă de subiect, dar apar frecvent şi confuzii perceptive) şi semnificaţia (percepţia nu devine întotdeauna declanşatorul unei acţiuni şi nu se raportează la o anumită categorie de obiecte denumite verbal).

- Reprezentările sunt adesea incomplete, parţiale, eronate, sărace în detalii, iar conţinutul lor este lipsit de caracteristicile esenţiale, ceea ce face ca eficienţa lor în activitatea cognitivă şi practică să fie foarte redusă ; în cazul pierderii totale a vederii înainte de 3 ani, reprezentările vizuale sunt structurate strict pe baza experienţelor auditive şi tactil-kinestezice ale persoanei, fapt care conduce la erori în aprecierea formei şi mărimii obiectelor, a raporturilor dintre componentele obiectelor şi dintre obiecte, imposibilitatea operării cu noţiunea de culoare în maniera unei persoane normale etc.
- Pentru copiii preşcolari sau de vârstă şcolară mică, cu diferite grade de ambliopie, reprezentările vizuale sunt incorecte, incomplete, deformate sub aspectul formei, mărimii, culorii, raporturilor spaţiale, dimensiunilor, detaliilor.
- Raportul reprezentare-suport/intuitiv-noţiune are un grad redus de funcţionalitate (apare adeseori noţiunea corectă, dar fără acoperire intuitivă şi înţelegere semantică) ; din acest motiv reprezentările sunt destul de puţin eficiente în activităţile cognitive şi practice, lipsite de mobilitate şi uneori denaturate sub aspectul raportului dintre componentele obiectelor.
- În orbirea dobândită după 2-3 ani se poate vorbi despre existenţa unui fond aperceptiv elaborat, subiectul are o experienţă concretă cu elementele lumii înconjurătoare, situaţie în care are loc un proces de restructurare a schemei funcţionale, cu participarea analizatorilor normali care au influenţe compensatorii asupra activităţii psihice a nevăzătorului. Orientarea într-un spaţiu tridimensional are la bază analiza polisenzorială a informaţiilor primite de la receptori multipli şi diferiţi.
- Memoria nevăzătorului are anumite particularităţi, deoarece ea trebuie să ofere o serie de informaţii absolut necesare orientării acestuia în spaţiu – topografia locului, a reperelor tactile, auditive, constanta direcţiilor, a numărului de paşi sau de scări, a numărului de staţii până la coborâre etc. –, adică o permanentă solicitare în situaţii în care omul cu vedere normală nu face apel la memorie, ele constituindu-se în acţiuni stereotipe, automatizate.
- Gândirea are particularităţi determinate de tipul orbirii (congenitală sau dobândită) şi de modalităţile cunoaşterii senzoriale în care este antrenată persoana deficientă ; dificultăţile selectării elementelor esenţiale din informaţiile percepute determină efectuarea greoaie a operaţiilor gândirii, în special a generalizărilor şi comparaţiilor, fapt care ar putea ilustra un tablou clinic asemănător unui copil cu deficienţe intelectuale, însă în condiţiile unor activităţi educative normale, cu respectarea şi exploatarea optimă a dominanţelor senzoriale ale elevului deficient de vedere, se pot asigura condiţii de evoluţie normală în plan intelectual.
- Atenţia este îndreptată permanent în direcţii diferite sau este concentrată într-o direcţie sau alta, după intensitatea şi semnificaţia stimulilor percepuţi, fapt care necesită educarea continuă a calităţilor atenţiei (distribuţia, mobilitatea şi concentrarea) în funcţie de gradul deficienţei şi de aportul minimal de stimuli care întreţin o stare de excitabilitate optimă, bază a atenţiei.
- Din punct de vedere afectiv, unii copii pot manifesta o atitudine pasivă, de neîncredere în forţele proprii, timiditate accentuată, izolare ; atunci când copilul este scos din mediul familial, are reacţii întărite care pot merge până la stări de anxietate, deprimare, refuz al activităţilor şcolare. Alţi copii prezintă un grad ridicat de agitaţie, sunt neastâmpăraţi, violenţi chiar, cu manifestări de negativism, iar în situaţii extreme, prezintă atitudini de despotism faţă de cei din jur (mai cu seamă faţă de cei mai mici ca vârstă).

Momentul apariţiei deficienţei vizuale, dinamica, gravitatea acesteia au o semnificaţie deosebită pentru dezvoltarea generală a deficienţilor vizual atât pe plan fizic, cât şi pe plan psihic şi psihosocial. De asemenea, trebuie subliniată importanţa intervenţiei precoce în educarea copiilor cu deficienţe de vedere, inclusiv în clase obişnuite, în şcoli obişnuite, conform concepţiei integraţioniste.

5.2.4. *Compensarea şi activităţile educative*

Compensarea deficienţelor vizuale reprezintă o componentă a mecanismului biologic de menţinere şi redresare a funcţiilor vitale din organism care exprimă în cel mai înalt grad ultrasensibilitatea sistemului biologic la perturbări ale echilibrului şi dinamicii sale, având la bază plasticitatea deosebită a sistemului nervos central.

Formele compensării sunt:

- regenerarea organică;
- vicarierea (suplinirea);
- restructurarea funcţională.

Factorii condiţionali ai compensării sunt:

- gradul deficienţei;
- cauza deficienţei;
- consecinţele pierderii vederii;
- particularităţile deficientului de vedere: nivel intelectual, temperament, caracter;
- deficienţele asociate tulburărilor de vedere.

Direcţiile de realizare a compensării ar fi următoarele:

- folosirea unor sisteme optice sau a unor aparate (vin în sprijinul suportului biologic al compensării) şi mobilizarea resurselor de vedere (corecţia optică prin ochelari, corectarea convergenţei, reducerea mişcărilor nistagmice, formarea unor scheme vizual-perceptive eficiente, optimizarea indicilor funcţionali ai vederii etc.);
- interacţiunea analizatorilor şi restructurarea legăturilor funcţionale pentru o acţiune unitară (compensarea polisenzorială, importantă mai ales în cazul nevăzătorilor);
- participarea fenomenelor mnezice; memoria senzorială;
- participarea proceselor superioare de cunoaştere şi educaţia vizual-perceptivă (pentru cei cu resturi de vedere);
- mobilizarea atenţiei şi implicarea factorilor motivaţionali.

Observaţii

- Activităţile didactice (şi nu numai) trebuie să se bazeze pe *metode intuitive* – principiul fundamental al educării şi instruirii deficienţilor de vedere este *principiul intuiţiei*.
- Adesea se întâlneşte o asociere între deficienţa senzorială şi cea de intelect, care poate fi:
  - o consecinţă a deficienţei senzoriale;
  - o deficienţă cu etiologie comună sau de altă natură care însoţeşte deficienţa senzorială.

În primul caz efectele recuperatorii pot avea o evoluţie mai bună decât în al doilea caz.

În scopul restructurării schemei funcţionale a analizatorilor valizi şi pentru realizarea compensării prin activităţi educative, sunt propuse mai multe direcţii de acţiune:

1) *Educaţia tactil-kinestezică* urmăreşte reeducarea raportului dintre senzaţia vizuală şi cea tactil-kinestezică (în sensul asigurării suportului tactil-kinestezic al percepţiei vizuale), îmbogăţirea percepţiei vizuale, controlului şi autocontrolului simţului tactil-kinestezic, dezvoltarea capacităţii de fixare (obiecte, litere, imagini) fără suportul celorlalţi analizatori (pentru ambliopi) şi formarea abilităţilor necesare învăţării scris-cititului în sistemul Braille.

Tipuri de exerciţii ar fi următoarele:

a) jocuri senzorio-motorii:
- jocuri pentru formarea şi antrenarea gesturilor/operaţiilor de bază (a lua, a aşeza, a deschide, a închide, a îndoi, a strânge, a tăia, a înfăşura, a scutura, a agăţa, a înşuruba, a încheia etc.);
- jocuri pentru cunoaşterea şi operarea cu obiecte utile din mediul de viaţă;
- jocuri pentru dezvoltarea/corectarea comportamentului motor;
- activităţi de lucru manual;
- activităţi din domeniul educaţiei estetice etc.;

b) identificarea formelor prin pipăit (informaţii tactile):
- parcurgerea vizuală a conturului unor imagini, concomitent cu parcurgerea aceluiaşi contur cu mâna, cu un indicator sau cu un creion;
- recunoaşterea figurilor şi corpurilor geometrice, precum şi a obiectelor care au un contur geometric bine conturat;
- decupaje, colaje de figuri geometrice, de mărimi şi culori diferite;
- încastrări, reconstituirea întregului din părţi etc.;

c) identificarea obiectelor/materialelor prin pipăit:
- trierea obiectelor după anumite criterii (mărime, formă, textură, lungime, greutate, natura materialului);
- identificarea prin pipăit a diverselor materiale, compararea lor în funcţie de rezistenţă, consistenţă, greutate etc.;

d) identificarea proprietăţilor materialelor (moale, dur, aspru, temperatura etc.) prin diverse tipuri de exerciţii care presupun folosirea unei game variate de obiecte şi materiale;

e) capacitatea de prehensiune (concomitent cu antrenarea musculaturii fine a degetelor şi mâinii pentru efectuarea unor mişcări cu un grad mare de precizie);

f) capacitatea de coordonare bimanuală (înşurubări/deşurubări simultane, mişcări implicate în autoservire, jocuri de manipulare, folosirea obiectelor de scris etc.);

g) abilitatea de apreciere a cantităţii:
- abilitatea de apreciere a elementelor, de grupare, de clasare, de corespondenţă biunivocă a elementelor unei mulţimi;
- capacitatea de coordonare polisenzorială (auditiv-tactil, tactil-vizual);
- aprecierea tactil-kinestezică a raporturilor spaţiale fine;
- aprecierea iluziilor tactile (adâncime, distanţă).

2) *Educaţia auditivă* urmăreşte formarea capacităţii de a diferenţia sunetul de zgomot şi de a deosebi anumite sunete, precum şi diferenţierea sunetelor muzicale şi educarea auzului fonematic, valorificarea auzului pentru facilitarea orientării şi locomoţiei, utilizarea

auzului pentru compensarea deficienţelor de vedere (recunoaşterea şi localizarea unui obiect după sunetul emis, a unei persoane după voce etc.).

Tipuri de exerciţii în acest scop ar fi următoarele:
- identificarea zgomotelor întâlnite frecvent în mediul de viaţă;
- identificarea sunetelor (intensitatea, timbrul, tonalitatea);
- identificarea vocii umane şi a sunetelor din natură;
- identificarea, discriminarea şi localizarea sunetelor;
- determinarea direcţiei şi aprecierea distanţei faţă de sursa de la care provin sunetele şi elemente de orientare spaţială;
- identificarea şi reproducerea ritmului.

3) *Educaţia olfactiv-gustativă* urmăreşte formarea capacităţii de identificare şi discriminare a senzaţiilor olfactive şi gustative, utilizarea diferitelor tipuri de semnale olfactive în orientare, identificarea calităţii alimentelor pe baza mirosului şi gustului, localizarea pe baza mirosului a eventualelor surse de pericol.

Tipuri de exerciţii în acet scop ar fi următoarele:
- identificarea, localizarea şi discriminarea mirosurilor;
- identificarea unor mirosuri caracteristice;
- identificarea alimentelor proaspete sau alterate;
- identificarea şi discriminarea gusturilor (acru, sărat, dulce, amar);
- identificarea alimentelor după gust.

4) *Antrenamentul vizual complex* urmăreşte activizarea şi antrenamentul resturilor de vedere în parametrii fiziologici (fără suprasolicitări sau excese), dezvoltarea schemelor şi modelelor perceptive, a strategiilor de explorare oculomotorie, a coordonării vizual-motorii, a capacităţii de structurare perceptiv-motrice a spaţiului şi a proceselor cognitive superioare.

Tipurile de exerciţii în antrenamentul vizual complex sunt următoarele:

a) explorarea vizuală primară (jucării, contururi, forme, obiecte etc.);
b) antrenarea reacţiei de orientare – reflexul de orientare spontană şi condiţionată:
   - exerciţii de fixare spontană a unor obiecte care se impun prin mărime, culoare, formă, semnificaţie etc.;
   - exerciţii de discriminare figură-fond cu ajutorul unor desene specifice;
   - exerciţii pentru formarea constantelor perceptive;
c) localizarea vizuală a unui obiect în plan delimitat;
d) structurarea spaţială şi localizarea vizuală a obiectelor în spaţiu;
e) explorarea analitico-sintetică a obiectelor şi imaginilor grafice;
f) percepţia şi discriminarea formelor şi culorilor în diverse circumstanţe;
g) percepţia mişcărilor şi vizualizarea la distanţă;
h) capacitatea de a urmări obiectele în mişcare şi de explorare sistematică a mediului înconjurător;
i) exerciţii de orientare în spaţiul grafic, de structurare şi organizare vizual-spaţială, de manipulare.

O altă direcţie importantă a intervenţiei psihopedagogice se referă la componenta afectivă şi exersarea atenţiei şi memoriei în sensul compensator al vederii slabe. Orice

secvență de intervenție și recuperare va urmări crearea condițiilor favorabile învățării și a unui tonus afectiv pozitiv din partea copilului. Acest lucru presupune o cunoaștere detaliată a particularităților personalității copilului și o constanță a intervenției din partea aceluiași specialist (schimbarea frecventă a persoanelor care susțin programele de intervenție și recuperare, mai ales în cazul copiilor cu deficiențe severe de vedere, determină stări de frustrare și disconfort afectiv, refuz și izolare, pierderea încrederii în sine și diminuarea motivației copilului).

Sunt propuse :

- exerciții pentru stimularea atenției bazate pe desen, redarea unor serii de obiecte, imagini, completarea unor cuvinte sau propoziții din povești, asamblarea sau completarea unor imagini din mai multe segmente/părți componente etc. ;
- exerciții pentru stimularea atenției vizuale și a capacității de orientare și concentrare prin vizualizarea și reproducerea unor forme geometrice simple sau dispuse într-o configurație spațială diferită, compararea de imagini cu detalii asemănătoare, reproducerea unor figuri de complexitate crescută, exerciții de tip puzzle etc. ;
- exerciții pentru stimularea memoriei senzoriale (vizuale, auditive, tactil-kinestezice) prin pipăirea și recunoașterea de obiecte, memorarea unei ordini logice sau cronologice date, exerciții bazate pe memorări de cuvinte, propoziții, scurte povestiri, cifre, melodii după prima audiție etc.

Toate acestea pot lua forma unor jocuri sau sarcini care să trezească interesul și motivația copiilor.

Ca principii metodice în educația vizual-perceptivă enumerăm :

- educația vizual-perceptivă face parte integrantă din procesul recuperativ-compensator și formativ, având alocate ore speciale în planul de învățământ, susținută de specialiști din domeniul psihopedagogic cu competențe în domeniul tiflopsihopedagogiei și realizată în cabinete/spații special amenajate cu aparatură și instrumente specifice ;
- educația vizual-perceptivă se desfășoară ca activitate individuală și/sau activitate în microgrupuri organizate după diferite criterii (specificul, natura, gradul și dinamica deficienței vizuale, indicii funcționali ai vederii, recomandările și restricțiile de ordin medical, vârsta copilului, alte deficiențe asociate etc.) ;
- antrenamentul vizual, în general, este indicat pentru orice copil cu deficiențe de vedere, dar există și cazuri în care exercițiile se realizează numai de către personalul medical specializat sau sub controlul acestora, iar în alte cazuri, mai puține la număr, sunt contraindicate ;
- repartizarea tipurilor de exerciții se face în funcție de diagnosticul oftalmologic și în raport cu obiectivele corectiv-compensatorii și recuperator-formative stabilite pe baza diagnosticului psihopedagogic ;
- în orice activitate de educație vizuală este necesară dozarea efortului vizual prin creșterea gradată și rațională a complexității, duratei și dificultății exercițiilor ;
- antrenamentul vizual trebuie să aibă un caracter sistematic și continuu, orice achiziție și progres fiind consolidate prin noi exerciții care să îmbunătățească eficiența vederii ;
- activitatea de educație vizuală se integrează în contextul activității cognitive și practice a elevilor, exercițiile putând face parte din toate activitățile școlare ;
- activitățile de educație vizuală trebuie desfășurate în condiții ambientale adecvate (iluminat, confort, material didactic, mijloace optice și de compensare adaptate

nivelului de dezvoltare fizică şi psihică) şi într-un context socioafectiv empatic pentru a stimula interesul şi atenţia copilului.

Orice exerciţiu de educaţie vizuală se desfăşoară în etape :

a) dobândirea noţiunii (individual sau colectiv) – însuşirea este asociată cu diferite obiecte familiare din mediul de viaţă (se decelează prin ce se aseamănă, prin ce se deosebesc, prin ce sunt identice), urmată de abstragerea însuşirii, gândită ca element de sine stătător şi individualizarea prin limbaj (denumirea noţiunii) ;
b) verificarea înţelegerii noţiunii – regăsirea însuşirii în alte obiecte, cât mai diverse, printr-un efort de generalizare ;
c) controlul cunoştinţelor dobândite – prin întrebări sau sarcini de genul : „cum este ?", „care este forma, culoarea ?", „arată-mi alt obiect asemănător sau identic" ; se mai folosesc jocurile dirijate sau libere pentru stimularea memoriei şi exprimării ;
d) revenirea la complexitatea realului – dezvoltarea inteligenţei prin reintegrarea însuşirii respective în obiecte date şi a obiectelor în contextul lor, jocuri de utilizare a obiectelor, de căutare a însuşirilor obiectelor etc., astfel încât însuşirile să devină proprietăţi mobile, transferabile.

Dezvoltarea şi antrenarea funcţiei vizuale depind în mod hotărâtor de cantitatea şi gradul de operaţionalizare a informaţiilor stocate, memoria vizuală completând şi susţinând memoria logică. Prin antrenamentul vizual se urmăreşte şi îmbogăţirea bagajului informaţional pe baza căruia sunt facilitate percepţia şi, mai ales, recunoaşterea şi evocarea informaţiilor.

Pentru reuşita procesului de normalizare a vieţii şi succesul instrucţiei şi educaţiei copilului cu deficienţe de vedere sunt fundamentale, pe de-o parte, cunoaşterea reală a particularităţilor profilului psihologic şi social şi, pe de altă parte, alegerea şi exersarea celor mai eficiente programe de îmbogăţire instrumentală menite să contribuie la restructurarea integrativă unitară a tuturor factorilor biologici, psihologici, sociali şi comportamentali influenţaţi de absenţa vederii. Socializarea şi dobândirea autonomiei personale se bazează în primul rând pe creşterea şi dezvoltarea armonioasă, perceperea corectă a realităţii, conturarea identităţii personale şi formarea unei imagini de sine favorabile, adaptabilitate în relaţiile interpersonale, interacţiune socială şi comunicare, independenţă şi capacitate liberă de acţiune.

Individualizarea şi diferenţierea exerciţiilor se realizează în baza unui plan de intervenţie personalizat, în funcţie de care se proiectează activităţile monitorizate prin intermediul unei fişe/grile de educaţie vizuală. Proiectul de activitate cuprinde :

- obiectivele operaţionale corectiv-compensatorii şi recuperator-formative ;
- conţinutul activităţilor în forme atractive şi antrenante pentru copil ;
- metodele, mijloacele şi instrumentele de realizare a exerciţiilor ;
- tehnicile de antrenament vizual ;
- evaluarea eficienţei activităţii şi înregistrarea progresului copilului ;
- observaţii privind conduita şi aspectele particulare din timpul activităţii.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Argumentaţi efectul deficienţelor de auz asupra dezvoltării proceselor cognitive în perioada copilăriei.
- Prezentaţi o perspectivă sintetică asupra criteriilor de clasificare a deficienţelor de auz.
- Efectuaţi o analiză a principalelor aspecte implicate în evaluarea deficienţelor auditive.
- Care sunt principalele categorii etiologice responsabile de apariţia tulburărilor de auz ?
- Prezentaţi principalele trăsături ale tabloului psihopedagogic în cazul deficienţilor de auz.
- Ce legătură ar putea fi stabilită, din perspectivă educativ-recuperatorie, între compensare, demutizare şi ortofonie ?
- Prezentaţi principalii indicatori funcţionali ai vederii şi relevanţa lor în aprecierea tulburărilor de vedere.
- Prezentaţi o perspectivă sintetică asupra criteriilor de clasificare a deficienţelor de vedere.
- Care sunt principalele categorii etiologice responsabile de apariţia tulburărilor de vedere ?
- Prezentaţi principalele trăsături ale tabloului psihopedagogic în cazul deficienţilor de vedere.
- Analizaţi procesul compensării şi activităţile educative în cazul copiilor cu deficienţe de vedere.
- Efectuaţi o analiză comparativă – asemănări, deosebiri – între cele două categorii de deficienţe senzoriale (de auz şi de văz), pornind de la etiologie, compensare, tabloul clinic şi psihopedagogic.

CAPITOLUL 6

Deficienţe fizice şi/sau neuromotorii[1] şi tulburări psihomotorii

Deficienţele fizice şi/sau neuromotorii reprezintă categoria tulburărilor care afectează în special componentele motrice ale persoanei, având o serie de consecinţe în planul imaginii de sine şi în modalităţile de relaţionare cu factorii de mediu sau cu alte persoane. Dacă deficienţele fizice şi/sau neuromotorii nu sunt asociate cu alte tipuri de deficienţe, iar gradul deficienţei este accentuat, afectând anumite componente vizibile sau limitând capacitatea de mişcare a persoanei, se produc unele transformări în procesul de structurare a personalităţii şi în modalităţile de relaţionare cu cei din jur, adesea fiind prezente simptomele complexului de inferioritate, stări depresive, tendinţe accentuate de interiorizare a trăirilor şi sentimentelor, izolare faţă de lume, refugiu în activităţi care pot fi efectuate în manieră individuală etc. Dacă deficienţele motrice sunt asociate cu alte tulburări (cel mai adesea cu deficienţe mintale sau de intelect), fie din cauza etiologiei comune sau consecutive unei intervenţii tardive în plan recuperator, fie din cauza întârzierilor în procesul de educaţie, tabloul clinic devine mai complex, iar prognosticul cu privire la nivelul evoluţiei şi al dezvoltării psihofizice a persoanei capătă un grad mai ridicat de relativitate.

Deficienţele neuromotorii sunt determinate în principal de afectarea structurilor şi funcţiilor neuronale, de la nivel central sau periferic, răspunzătoare de funcţionarea mecanismului neuromuscular (reprezentat în cele mai multe situaţii de placa motorie şi vizibilă prin calitatea şi modul de producere a reflexelor neuromusculare primare sau complexe) ; consecinţa directă a deficienţelor neuromotorii constă în perturbarea controlului funcţionării fibrelor musculare datorată disfuncţiilor în transmiterea impulsurilor nervoase către efectorii din sistemul muscular. De asemenea, o altă situaţie se referă la dificultatea sau imposibilitatea efectuării comenzilor nervoase ajunse la nivelul fibrei musculare ca urmare a unor tulburări sau patologii existente în fiziologia şi metabolismul fibrei musculare efectoare (spre exemplu, prezenţa unor distrofii, miopatii, excesul acidului lactic etc. diminuează sau blochează contracţia musculară normală).

Deficienţele sau tulburările psihomotorii sunt determinate în principal de calitatea proceselor psihice care influenţează controlul şi funcţionarea mecanismului neuromuscular ; la nivelul sistemului nervos central îşi au originea şi procesele psihice care, datorită

1. Aceste categorii de deficienţe sunt cunoscute în literatura de specialitate şi sub denumirea de *deficienţe locomotorii*.

particularităţilor funcţionale ale structurilor nervoase cerebrale, ajung să influenţeze semnalele nervoase transmise către efectorii din sistemul muscular, controlând astfel motilitatea voluntară sau reflexă (aşa se explică de ce suntem mai agitaţi sau mai relaxaţi în anumite situaţii, de ce reacţionăm aproape instantaneu prin mişcări de orientare în spaţiu sau de adaptare la un scop, de ce în situaţiile cu mare încărcătură afectivă avem unele gesturi necontrolate sau ticuri etc.).

Această diferenţiere în prezentarea tulburărilor neuromotorii şi psihomotorii are un caracter didactic accentuat care ne ajută să înţelegem detaliile şi mecanismele specifice fiecărui proces; în realitate este foarte dificil să identificăm limita dintre cele două categorii de tulburări sau procese datorită gradului mare de integrare la nivel superior a funcţiilor neuromotorii şi psihomotorii (nu putem vorbi despre reacţii/efecte neuromotrice fără o minimă influenţă a factorului psihic, la fel cum orice reacţie psihomotrice are drept suport o componentă neuromotorie).

6.1. Clasificarea deficienţelor fizice şi/sau neuromotorii şi a tulburărilor psihomotricităţii

Clasificarea deficienţelor fizice şi/sau neuromotorii este făcută în special prin raportare la factorii etiologici. Din această perspectivă putem identifica următoarele categorii majore de tulburări (pentru fiecare categorie sunt oferite şi câteva exemple reprezentative):

1. *Tulburări genetice şi congenitale* – dintre cele mai cunoscute afecţiuni enumerăm:
   a) sindromul Langdon-Down (trisomia 21) – boală genetică având drept trăsături hipotonie generalizată şi dismorfia tipică (mongolismul), asociată cu deficienţe de intelect;
   b) malformaţii ale aparatului locomotor şi ale membrelor superioare – unele malformaţii pot fi transmise pe linie ereditară, şi anume: acheilopodia (absenţa completă a membrelor), camptodactilia (imposibilitatea de a întinde complet degetele ca urmare a unor procese patologice sau a unei malformaţii congenitale) şi polidactilia; în general, malformaţiile la nivelul membrelor se împart astfel:
      - amelii – lipsa totală a unui membru
      - ectromelii – lipsa parţială a unui membru, care poate fi: distală (hemimelie) – lipseşte un segment distal (mână, picior, gambă); proximală (focomelie) – lipseşte un segment sau o parte dintr-un segment proximal (de exemplu, femurul); longitudinală – în care lipseşte sau este insuficient dezvoltat unul dintre oasele gambei sau antebraţului, unul sau mai multe degete etc.;
   c) diformitatea Sprengel (umărul ridicat congenital);
   d) toracele „în pâlnie" (*pectus excavatum*) – pe lângă aspectul estetic, are multiple consecinţe asupra respiraţiei şi funcţionării inimii;
   e) luxaţia congenitală a şoldului.
2. *Tulburări ale procesului de creştere* – cele mai frecvente sunt:
   a) rahitismul – afecţiune a cartilajelor de creştere ale copilului mic, manifestată prin degenerarea şi creşterea anarhică a matricei cartilaginoase, datorată nedepunerii sărurilor fosfo-calcice, în special în absenţa vitaminei D, dar şi altor cauze de natură metabolică sau igienei alimentare;

b) piciorul plat – destul de frecvent la copii, este expresia unei hipotonii musculare generalizate, uneori însoţit de *genu valgum* sau atitudini cifotice la vârste mai mari ;
c) hipotrofia staturală (nanismul) – apare din cauza unor tulburări endocrine (la nivelul hipofizei, tiroidei, glandelor sexuale) sau pe fondul unor distrofii sau afecţiuni cronice grave ale nou-născutului ;
d) inegalitatea membrelor – are importanţă preponderent estetică în cazul membrelor superioare sau importanţă preponderent funcţională în cazul membrelor inferioare (sunt afectate mersul, stabilitatea în poziţie ortostatică, verticalitatea corpului) ;
e) osteocondrodistrofiile – un grup larg de afecţiuni osoase sau osteoarticulare care survin în perioada de creştere (în cele mai multe cazuri sunt însoţite de durere, necroza şi fragmentarea nucleilor osoşi de creştere) ;
f) malformaţiile coloanei vertebrale – sunt prezente sub diferite forme : de la defecte de segmentare sau închidere a arcurilor vertebrale, la anomalii de umăr, aberaţii de formă şi sinostoze ; cele mai frecvent întâlnite sunt cifozele (accentuarea curburii din regiunea dorsală) şi scoliozele (deviaţii ale coloanei în plan frontal) ; pe lângă consecinţele de ordin estetic, aceste malformaţii au şi o influenţă semnificativă la nivelul altor segmente ale corpului (articulaţii ale membrelor, mişcările membrelor în timpul mersului sau al altor activităţi).

3. *Sechele posttraumatice* – mai frecvente sunt :
   a) paraplegia posttraumatică – induce o infirmitate severă care schimbă total cursul vieţii persoanei ; în funcţie de locul şi gravitatea leziunii, printr-un program terapeutic complex se pot face reeducarea funcţională şi readaptarea persoanei la viaţa socială şi familială, pentru a avea un grad cât mai redus de dependenţă ;
   b) paralizia obstetricală – este o leziune radiculară a plexului brahial ca urmare a intervenţiilor obstetricale din timpul naşterii ;
   c) alte tipuri de pareze de origine medulară care determină sechele de tip spastic ori flasc, limitate la un anumit segment sau cu o acţiune mai extinsă ;
   d) retracţia ischemică a flexorilor degetelor (boala Volkmann) – apare prin compresiunea arterei humerale urmată de scăderea aportului sangvin la nivelul muşchilor flexori ai degetelor ; efectul poate fi provocat şi de un aparat gipsat foarte strâmt.
4. *Deficienţe osteoarticulare şi musculare* – cele mai frecvente sunt :
   a) traumatisme musculo-tendinoase – contuzii şi rupturi consecutive unor traumatisme sau în cadrul unui tablou clinic mai complex ;
   b) retracţii musculare – blocarea unei mişcări datorată retracţiei şi fibrozării unui muşchi :
      - torticolisul – retracţia muşchiului sternocleidomastoidian ;
      - contractura în abducţie a umărului ;
      - fibroza progresivă a muşchiului cvadriceps ;
      - fibroza posttraumatică a muşchiului cvadriceps ;
      - şoldul în resort.
5. *Deficienţe preponderent neurologice* :
   a) boli ale neuronului motor central – în special sechele ale encefalopatiilor cronice infantile :
      - sindromul piramidal : hemiplegia spastică infantilă, diplegia spastică (tetraplegia spastică şi paraplegia spastică) ;
      - sindromul extrapiramidal : manifestări de tip atetozic (sindromul coreic, sindromul atetozic, sindromul distonic), sindromul rigidităţii cerebrale ;

- sindroame ataxice : ataxia cerebeloasă congenitală, diplegia ataxică, infirmitate motorie cerebrală ;

b) boli ale neuronului motor periferic :
- sechele poliomielitice ;
- leziuni nervoase periferice ;
- spina bifida ;
- distrofii neuromusculare.

Dacă analizăm lucrurile din perspectiva psihomotricității, putem identifica următoarele componente fundamentale :

1. *Conduitele neuromotorii* – au ca substrat componentele neuromotorii ale psihomotricității reprezentate de tonusul muscular și reflexele neuromusculare (cu localizare medulară sau supramedulară).
2. *Conduitele motrice de bază* (instinctuale) :
   a) coordonare dinamică segmentară :
   - coordonarea membrelor superioare ;
   - coordonarea oculo-manuală ;
   - coordonarea ochi-mână-picior ;
   - motricitatea fină (precizie, abilități etc.) ;
   - ritmul mișcărilor segmentare ;
   - ritmul mișcărilor respiratorii (controlul respirației) ;

   b) coordonarea dinamică generală (are ca substrat locomoția) :
   - deprinderi motrice de bază (mers, alergare, sărituri, aruncare-prindere, cățărare, trecere peste obstacole etc.) ;
   - echilibrul static și dinamic ;
   - ritmul general.
3. *Conduitele și structurile perceptiv-motrice* :
   a) orientarea-organizarea-structurarea spațială :
   - noțiuni de mărime (mare-mic, lung-scurt, aproape-departe, gros-subțire, lat-îngust) ;
   - noțiuni de formă, culoare și constanță (rotund, oval, moale, aspru, dur, catifelat, identificarea culorilor etc.) ;
   - noțiuni de direcție și orientare în spațiu (sus-jos, înainte-înapoi, aproape-departe, în față-în spate, lateral, dreapta-stânga etc.) ;
   - noțiuni de mișcare (deplasare înainte, înapoi, în sus, în jos, șerpuit, oblic, pe lângă etc.) ;

   b) orientarea-organizarea-structurarea temporală :
   - noțiuni de ordine și succesiune (ordinea efectuării unor anumite gesturi sau acțiuni, identificarea succesiunii unor acțiuni, cronologia desfășurării unor acțiuni etc.) ;
   - noțiuni de discriminare a duratei unor acțiuni ;
   - noțiuni de ritm și succesiune în timp (repetarea intervalelor de timp între anumite repere, succesiunea neregulată a acțiunilor în cadrul unor repere de timp, identificarea alternării regulate a unor momente/perioade de timp etc.) ;

   c) relaxarea și autocontrolul mișcărilor :
   - relaxarea globală ;
   - relaxarea segmentară ;

- controlul mişcărilor ;
- autocontrolul postural şi al mişcărilor ;

d) relaxarea mişcărilor/activităţii prin limbaj :
- executarea mişcărilor/acţiunilor după comanda verbală ;
- executarea mişcărilor/acţiunilor după autocomandă ;
- executarea mişcărilor/acţiunilor după comenzi interpersonale.

4. *Cunoaşterea corpului uman şi configuraţia imaginii despre sine* :
a) identificarea schemei corporale proprii ;
b) identificarea schemei corporale a partenerului ;
c) identificarea schemei corporale pe manechine, păpuşi demontabile etc. ;
d) raportarea propriei persoane la obiectele din mediul ambiant ;
e) senzaţii şi percepţii ale propriului corp ;
f) identificarea lateralităţii şi a dominanţei ;
g) descifrarea/înţelegerea expresiilor care corespund/exprimă anumite emoţii şi sentimente ;
h) cunoaşterea poziţiilor fundamentale şi capacitatea de a opera cu acestea (şezând, culcat pe spate / dorsal, culcat pe faţă / ventral, culcat pe o parte / lateral etc.).

În funcţie de aceste elemente ale psihomotricităţii[1] se pot identifica mai multe categorii de tulburări, dintre care cele mai importante sunt :

1. *Tulburări de expresie motrice* :
a) sincineziile – mişcări simetrice involuntare ale părţii opuse care însoţesc mişcările voluntare ale părţii active ;
b) paratoniile – ticurile şi mişcările ritmice (întâlnite frecvent în sindromul de instituţionalizare sau în carenţele afective majore la copil) ;
c) tulburări de dominanţă cerebrală – dispraxiile (mişcări lipsite de coerenţă şi îndemânare cu implicaţii grave mai ales în activităţile grafice şcolare).
2. *Tulburări care afectează comunicarea motrice* :
a) instabilitatea psihomotrice ;
b) imaturitatea psihomotrice ;
c) inhibiţia psihomotrice ;
d) astenia psihomotrice.
3. *Tulburări de realizare motrice* :
a) apraxia – dificultăţi de execuţie a unor mişcări uzuale sau adaptate unui scop bine definit ;
b) disgrafia – dificultăţi de realizare grafică.
4. *Tulburări de schemă corporală.*
5. *Tulburări de lateralitate.*
6. *Tulburări de structură spaţială şi orientare temporală.*

Categoriile etiologice care determină aceste tulburări au în componenţa lor afecţiuni ale sistemului nervos central şi periferic, disfuncţii metabolice sau ale sistemelor endocrin,

1. În capitolul referitor la instrumente şi moduri de activitate din domeniul psihopedagogiei speciale sunt prezentate în sinteză conţinutul şi structura psihomotricităţii (adaptare după Păunescu şi Muşu, 1990).

muscular și osos, alimentație necorespunzătoare (mai ales în primii ani de viață), disfuncții psihice cu rezonanță asupra expresiei motrice, carențe educaționale, afective și ale mediului social în care se dezvoltă copilul etc. Toate aceste cauze acționează de obicei în interrelație, ceea ce îngreuiază demersul stabilirii unui diagnostic diferențial și structurarea strategiei de recuperare și reeducare a copilului. Creșterea și evoluția copilului au la bază o serie de legități care acționează indiferent de situațiile existente în ontogeneză, determinând apariția unor etape, perioade sau stadii de dezvoltare caracterizate printr-o serie de indicatori care informează asupra nivelului atins și asupra posibilităților de exprimare a copilului pe baza achizițiilor din mediul său de viață. Diferențele interindividuale sunt puse fie pe seama dispozițiilor genetice, fie pe seama condițiilor de mediu; acestea interacționează și determină o mare variabilitate de manifestări psihomotrice.

6.2. Psihomotricitatea – analiză psihopedagogică

Dezvoltarea psihomotricității la copil prezintă o serie de caracteristici care merită să fie cunoscute pentru că ele stau la baza evaluării nivelului și calității dezvoltării copilului la un moment dat. Succint, aceste caracteristici sunt următoarele:

- dezvoltarea psihomotricității înregistrează salturi calitative, pe baza unor acumulări cantitative; formele noi de comportament sunt întotdeauna superioare celor precedente;
- noile calități nu le desființează pe cele anterioare, ci le includ prin restructurări succesive;
- dezvoltarea psihomotricității se produce stadial, în etape distincte, cu caracteristici proprii fiecărei vârste;
- transformările din domeniul psihomotricității sunt continue și imperceptibile la intervale mici de timp;
- de multe ori, dezvoltarea psihomotrice este asincronă la nivelul diferitelor procese și însușiri, unele având ritmuri proprii de dezvoltare în diverse etape de vârstă.

Privită sub aspectul formării, dezvoltării, educării și integrării sale în sfera funcțională a psihismului uman, psihomotricitatea[1] îmbracă aspecte foarte variate datorită interferențelor determinate de relațiile permanente ale individului cu mediul înconjurător în procesul adaptiv și educațional la care este supus. Conduitele psihomotorii ale fiecărui individ evoluează în funcție de înzestrarea sa aptitudinală, de gradul de dezvoltare fizică și intelectuală și de influențele educative cărora a fost supus pe tot parcursul copilăriei.

Există mai mulți autori (D. Moțet, N. Robănescu, R. Vincent, D. Bulucea, M. Geormăneanu) care au descris câteva puncte de reper ale dezvoltării psihomotrice în cazul copiilor de până la 5 ani și care trebuie avute în vedere în depistarea precoce a tulburărilor din sfera psihomotricității.

Principalele caracteristici ale normalității ar putea fi rezumate astfel:

- *0-4 săptămâni*: mișcări fără scop, fără un efect anumit, fiind puternic subordonate reflexelor tonice primitive de postură; reușește sau nu să întoarcă într-o parte capul,

1. Psihomotricitatea este definită de *Encyclopedia Universalis* (1990) ca rezultat al integrării funcțiilor motorii și psihice/mintale, consecință a maturizării sistemului nervos, ce vizează raportul subiectului cu propriul corp și cu mediul înconjurător.

are pumnii strânşi ; reflex Moro[1] activ, reflex de agăţare, de păşire, de prindere – prezente ; reflexul Landau[2] absent – nu-şi menţine poziţia când este susţinut ; absenţa controlului capului ; acordă preferenţial atenţie sunetelor înalte şi feminine ; sunete ce au calitatea, rata şi ritmul bătăilor cardiace cu care s-a obişnuit în uter pot să-l calmeze ; în poziţie şezândă, capul cade posterior ;

- *2 luni* : susţine puţin timp capul în poziţie de decubit ventral ; nu susţine capul în poziţie şezândă ; apare o „schiţă" de reflex Moro ; alert la sunete ; zâmbeşte ; urmăreşte obiecte în mişcare ;
- *3 luni* : mişcă bine membrele ; ridică cu uşurinţă capul ; în poziţie şezândă, cade pe spate ; mişcări reflexe de apărare ; ascultă vocea şi gângureşte ; începe să „pedaleze" ; îşi mută privirea de la un obiect la altul ; reacţionează la muzică ; se susţine pe antebraţe şi coate ; se joacă cu mâinile, cercetându-le ;
- *4 luni* : înalţă capul şi înclină toracele ; suspendat, ţine capul în plan superior ; începe să aibă controlul capului la mişcări de răsucire ; dispare reflexul Moro ; gângureşte ; răspunde zâmbetului prin zâmbet ; distinge două sunete ; reţine cu mâna obiecte, se agaţă de părul şi hainele persoanelor de lângă el ;
- *5 luni* : ţine capul ridicat fără să-i cadă pe spate ; împinge picioarele când este ţinut ridicat „prin axile" ; râde zgomotos ; se joacă cu o persoană, duce obiecte la gură ; poate arăta nemulţumire ; pedalează ; apare reflexul Landau ;
- *6 luni* : se ridică, ajutându-se de încheietura mâinii ; gângureşte ; întoarce capul către o persoană care râde ; începe să se târască pe podea ; apucă biberonul şi-l duce la gură cu ambele mâini ; se rostogoleşte pe spate şi pe burtă ; distinge chipurile familiare de cele străine ;
- *7 luni* : se deplasează în „patru labe" ; bea cu cana ; se ridică în şezând din decubit dorsal ; ţine obiecte în ambele mâini, vocalizează ; zgârie ;
- *8 luni* : ridicat, se poate rezema ; culcat, înalţă capul, se rostogoleşte ; ţopăie ; ţipă ca să atragă atenţia ; emite sunete ; îşi priveşte imaginea în oglindă şi se bucură ; o preferă pe mama ; se ridică în poziţia şezând, fără ajutor ;
- *9 luni* : execută „marche arriére" ; spune „ma-ma", „da-da" ; se dezvoltă reflexul „pregătirea pentru săritură" ; se poate ridica în „patru labe" ;
- *10 luni* : stă bine în poziţia şezând, fără sprijin ; stă în picioare susţinut şi merge greoi susţinut ; mănâncă cu mâna ; ascultă ceasul ; emite sunete repetitiv ; încearcă să recupereze un obiect căzut ; reacţionează când i se pronunţă numele ; se poate roti fără să-şi piardă echilibrul ; se deplasează după jucării ; flutură mâna în semn de rămas-bun, bate din palme ;

---

1. *Reflexul Moro* este o reacţie caracteristică a nou-născutului, provocată de mişcarea suprafeţei de susţinere, tapotarea abdomenului (Shaltenbrand), suflarea asupra feţei şi mai ales de lăsarea bruscă în jos a palmelor care susţin copilul în decubit dorsal. Reacţia constă în abducţia şi extensia membrelor superioare, cu deschiderea palmelor şi degetelor, urmată de flexia membrelor superioare la piept, cu strângerea pumnilor. Membrele inferioare urmează o mişcare inversă, flexie în prima fază, extensie în cea de-a doua fază.
2. *Reflexul Landau* este o combinaţie de reflexe de redresare şi de reflexe tonice cervicale. În cazul în care copilul este ridicat din poziţia pronaţie cu o mână sub torace sau abdomen, el îşi va extinde coloana şi îşi va ridica extremitatea cefalică. Concomitent, se produce extensia membrelor inferioare. Dacă din această poziţie se apasă pe cap în jos, tonusul de extensie dispare imediat şi copilul se înmoaie ca o păpuşă de cârpă.

- *11 luni* : se ridică singur în picioare, mestecă ; îşi suge degetul ; emite două cuvinte cu înţeles ; prinde „ca un cleşte" ; manifestă simpatii pentru alte persoane decât mama ; stă singur în picioare câteva secunde ;
- *12 luni* : merge în ţarc, susţinându-se cu o mână ; imită în joc ; se joacă cu mingea ; prehensiunea este apropiată de cea a adultului, dar are dificultăţi la prinderea obiectelor mici ; cooperează la îmbrăcare ;
- *1 an şi 6 luni* : merge singur ; se ridică în picioare cu puţin ajutor ; urcă scări ; trage linii cu creionul ; îşi scoate singur pantofii ; începe să se comporte şi în forme negativiste ; aleargă şi sare ; stă singur pe scaun, unde se urcă prin căţărare ; foloseşte linguriţa la masă ; poate comunica, în cursul zilei, nevoia de a urina ; anunţă defecaţia, rareori înainte ; imită mama ; dispare reacţia la reflexul Landau ;
- *2 ani* : aleargă fără să cadă ; urcă şi coboară scările cu ambele picioare pentru o treaptă ; deschide uşa ; se spală pe mâini ; noaptea, micţiunea este controlată rar ; vorbeşte neîncetat ; alcătuieşte propoziţii scurte ; cere mâncare, oliţa ; foloseşte pronume ; continuă negativismul ; ţine creionul cu degetele, nu în palmă, ca şi până acum ; sare ; aruncă mingea, păstrându-şi echilibrul ;
- *3 ani* : urcă scara cu câte un picior pentru o treaptă şi coboară cu ambele picioare pentru o treaptă ; stă câteva secunde într-un picior ; merge cu tricicleta ; se îmbracă şi se dezbracă singur ; merge singur la toaletă ; „ajută" la bucătărie ; participă la joc în colectiv ; îşi ştie vârsta şi apartenenţa sexuală ; numără până la 10 ; spune poezii scurte ; cunoaşte culorile ;
- *4 ani* : coboară scara cu alternarea picioarelor ; poate sta în echilibru pe un picior 4-8 secunde ;
- *5 ani* : stă într-un picior minimum 8 secunde ; merge pe vârfuri distanţe lungi ; este gata să-şi folosească şi să-şi dezvolte aptitudinile motorii pentru acţiuni mai complicate – scris, desenat, cusut, cântat.

Dacă definim noţiunea de psihomotricitate ca fiind o conjugare a funcţiilor psihice cu cele motrice şi acceptând premisa că ea reprezintă o funcţie complexă a sistemelor superioare de adaptare şi integrare, atunci abordarea ei din perspectivă psihopedagogică se impune ca o necesitate din cel puţin două motive :

- psihomotricitatea este profund implicată în structurarea „părţilor vizibile" ale personalităţii şi în ajustarea complexă a comportamentului individual în diversele situaţii de viaţă ;
- tulburările psihomotrice au un puternic impact asupra imaginii de sine a individului, fapt care determină o serie de disfuncţii în planul personalităţii acestuia.

Principalele direcţii de manifestare ale psihomotricităţii sunt (Albu, Albu, 1999) :

a) relaţia cu sine – cuprinde în special coordonarea posturală bazată pe reflexe, cu componentele sale spaţiale (axa corporală şi aliniamentul corect al scheletului), ritmice (ritmicitatea respiraţiei) şi energetice (concentrarea forţei la nivel abdominal) ;
b) relaţia cu cei din jur – se realizează prin contactul tegumentelor (de exemplu, relaţia mamă – copil care va permite ulterior aprecierea eului corporal), mimică, surâs, voce, privire ;
c) relaţia cu mediul înconjurător – contactul tegumentelor cu agenţii fizici (perceperea variaţiilor de temperatură), manipularea obiectelor din jur, descoperirea spaţiului apropiat şi îndepărtat etc.

În altă ordine de idei, psihomotricitatea este tratată în literatura de specialitate ca o funcţie complexă, o aptitudine care integrează atât aspecte ale activităţii motorii, cât şi manifestări ale funcţiilor perceptive. Ca funcţie complexă ce determină reglarea comportamentului uman, psihomotricitatea include participarea diferitelor procese şi funcţii psihice care asigură atât recepţia informaţiilor, cât şi execuţia adecvată a actelor de răspuns. Prin componentele sale de bază, psihomotricitatea face posibile *adaptarea pragmatică* (învăţarea tehnicilor profesionale, manuale, intelectuale), *adaptarea socială* (modalităţi de comunicare interpersonală), *adaptarea estetică* (tehnici de expresie corporală) şi *adaptarea educativă*.

Analizând psihomotricitatea din perspectiva formării sistemului de mişcări pe baza cărora persoana să poată acţiona în orice condiţii, putem identifica următoarele obiective (Albu, Albu, 1999):

a) generale:
- cunoaşterea şi înţelegerea elementelor constitutive ale psihomotricităţii;
- controlul componentelor psihomotricităţii pentru obţinerea unui comportament adecvat şi realizarea unei interacţiuni eficiente cu mediul ambiant;
- identificarea precoce a tulburărilor de psihomotricitate pentru aplicarea programelor de educare/reeducare timpurie în vederea diminuării/eliminării efectelor neplăcute;
- creşterea potenţialului psihomotrice prin intermediul expresiei, comunicării şi realizării motrice;

b) specifice:
- dezvoltarea kinesteziei şi a percepţiei complexe a mişcării;
- dezvoltarea capacităţii de mişcare a organismului şi de adaptare la diferite solicitări din mediul înconjurător;
- evaluarea potenţialului psihomotrice[1] pentru punerea în evidenţă a nivelului de dezvoltare, a raportului dintre vârsta cronologică şi cea psihomotrice;
- dezvoltarea priceperilor şi deprinderilor motrice de bază (mers, alergare, sărituri, echilibru, tracţiuni etc.);
- dezvoltarea corespunzătoare a calităţilor motrice (forţă, viteză, rezistenţă, îndemânare).

Referindu-se la psihomotricitate, A. De Meur (1981) a evidenţiat existenţa unor raporturi între motricitate, intelect şi afectivitate. Deşi A. Lapierre (1986) considera că noţiunea de psihomotricitate este prea vastă pentru a se preta la o definiţie precisă, categorică şi indiscutabilă, C. Păunescu a evidenţiat că „psihologia demonstrează că actul motor stă la baza organizării cunoaşterii şi învăţării, determinând, într-o proporţie considerabilă, organizarea mintală a persoanei" (Păunescu, 1990). Astfel, studiul psihomotricităţii este considerat primordial în organizarea procesului instructiv-educativ-recuperator pentru toate vârstele şi tipurile de deficienţi, ca şi pentru persoanele obişnuite[2].

1. Vezi capitolul referitor la instrumente şi moduri de activitate în domeniul asistenţei psihopedagogice, unde sunt propuse câteva probe pentru evaluarea psihomotrice.
2. Ernest Dupré a formulat o aşa-zisă „lege a psihomotricităţii" conform căreia există strânse legături şi asemănări între anumite tulburări mintale şi tulburările motorii, ca şi cum ar constitui adevărate cupluri psihomotorii.

Educarea psihomotricităţii deţine un loc important în terapia educaţională, dacă ţinem cont de faptul că deficienţa mintală este asociată, de cele mai multe ori, cu deficienţele motrice. În general, deficienţa de intelect presupune absenţa suportului psihologic constituit din achiziţiile primei copilării, ceea ce impune ca printr-o educaţie sistematică să se reia şi să se completeze achiziţiile privitoare la mecanismele motrice şi psihomotrice care constituie baza pentru toate mecanismele mintale, pregătind formele de activitate intelectuală superioară. René Zazzo considera că educaţia psihomotrice constituie o educaţie de bază în şcoala elementară, întrucât ea condiţionează întregul proces de învăţare şcolară. Procesul de învăţare nu poate fi eficient „în cazul în care copilul nu are conştiinţa corpului său, nu cunoaşte lateralitatea sa, nu se poate situa în spaţiu, nu este stăpân pe timp şi nu a câstigat o suficientă coordonare şi stabilitate a gesturilor şi mişcărilor sale" (Zazzo, 1979).

Consecinţele tulburărilor de psihomotricitate sunt dintre cele mai diverse şi cu efecte importante asupra evoluţiei şi dezvoltării persoanei. Astfel, în cazul tulburărilor de lateralitate, efectele contrarierii lateralităţii pot fi :

- din punct de vedere fiziologic – enurezis, onicofagie, strabism, cecitate ;
- din punct de vedere motrice – instabilitate motrice, hiperexcitabilitate la nivel manual, ticuri, lipsă de îndemânare etc. ;
- din punct de vedere cognitiv – lentoare generală, dislexie, disortografie, bâlbâială, scris în oglindă ;
- din punct de vedere afectiv – emotivitate, timiditate, frică faţă de şcoală, agresivitate etc.

Tulburările de structurare spaţial-temporală se manifestă astfel :

- ignorarea termenilor spaţiali şi temporali ;
- perceperea greşită a poziţiilor, duratelor, succesiunilor ;
- orientare greşită în timp şi spaţiu (dar cu perceperea corectă a spaţiului şi timpului) ;
- tulburări în memorarea spaţiului şi timpului ;
- incapacitatea de a înţelege reversibilitatea unor fenomene sau evenimente.

Instabilitatea psihomotorie caracterizată printr-un dezechilibru al personalităţii consecutive unor dificultăţi de inhibiţie la nivel cortical are următoarele efecte :

- în plan intelectual – copilul are o gândire confuză, face deducţii pripite, superficiale, nu realizează comparaţii, asociaţii, înţelegerea este globală, nediferenţiată, iar atenţia este lipsită de capacitatea de concentrare ;
- în plan motrice – agitaţie permanentă, turbulentă, nevoie excesivă de mişcare, de schimbare a spaţiului, mişcări parazitare, dificultăţi în reproducerea şi coordonarea mişcărilor ;
- în plan afectiv – excitabilitatea şi emotivitatea exagerate, nevoia permanentă de opoziţie activă (atitudine bătăioasă pentru rezolvarea unei sarcini) sau opoziţie pasivă (nesupunere, încăpăţânare) ;
- în plan social – nevoia de evaziune, părăsirea domiciliului părinţilor, a şcolii, a locului de muncă, mitomanie, incapacitate de inserţie socială.

Grupa tulburărilor de realizare motrice cuprinde următoarele tipuri :

- apraxia – reprezintă pierderea capacităţii de a executa gesturi, mişcări adaptate la un scop fără ca acesta să fie consecinţa unei paralizii ;

- dispraxia – se manifestă prin lipsa de îndrumare şi de control al mişcărilor cu repercusiuni în actul grafic, lexic şi de calcul;
- disgrafia motrice – se manifestă printr-un nivel scăzut de organizare a motricităţii şi a coordonării mişcărilor fine ale mâinii cu efecte directe asupra actului grafic (neregularităţi în dimensionarea literelor şi utilizarea spaţiilor, organizarea defectuoasă a paginii etc.).

Tulburările psihomotorii pot fi şi de natură afectivă, întâlnite mai ales la persoanele hiperemotive sau în stările de furie exagerată. Se caracterizează prin gesturi necontrolate, stări de raptus, frângerea degetelor, frecarea palmelor, mişcarea de pe un picior pe altul, atingerea repetată a unei părţi a corpului (nasul, urechea etc.).

Iniţierea oricărui program de terapie educaţională a psihomotricităţii trebuie să fie precedată de o evaluare a achiziţiilor psihomotrice de care dispune fiecare copil la un moment dat[1], realizându-se astfel o comparaţie cu cele pe care ar trebui să le aibă. Pentru activitatea terapeutic-recuperatorie, o importanţă deosebită o are diagnosticarea precoce, care dă posibilitatea recuperării rapide, astfel încât să se evite formarea căilor motorii incorecte şi vicierea consecutivă a impulsurilor proprioceptive.

În sprijinul stabilirii unui diagnostic precoce, există câteva elemente care trebuie obligatoriu avute în vedere, încă din primele săptămâni după naştere (Moţet, 2001, p. 105):

- absenţa reflexului Landau – din decubit ventral, copilul nu poate să ridice capul şi membrele inferioare;
- susţinut subaxilar la verticală, copilul are membrele inferioare încrucişate;
- absenţa reflexului de „pregătire pentru săritură", după vârsta de 9 luni;
- persistenţa reflexului Moro, după vârsta de 6 luni;
- persistenţa reflexului „mersul automat", după vârsta de 10 luni;
- toate abaterile de la dezvoltarea neuromotorie normală.

Precocitatea intervenţiei terapeutice este hotărâtoare în obţinerea unui rezultat optim. Primul care examinează copilul este medicul pediatru care urmăreşte şi îngrijeşte respectivul copil încă din perioada intrauterină. Deficienţa trebuie recunoscută cu mult înainte ca ea să fie vizibilă pentru părinţi. Recuperarea şi readaptarea copilului cu deficienţă neuromotorie, şi nu numai, se pot concepe numai printr-o activitate de echipă. Pentru certificarea diagnosticului sau pentru elucidarea lui, ca şi pentru stabilirea celei mai corecte atitudini terapeutice, alături de pediatru, trebuie să se ţină cont şi de părerea altor specialişti: neurolog, pedopsihiatru, psihopedagogi, ergoterapeuţi, protezişti, chirurgi ortopezi. În unele situaţii sunt necesare şi unele examene complementare: radiografii, electroencefalografii, electrocardiograme, audiograme, analize biologice de laborator etc. Din punct de vedere psihologic, copilul este bine să fie ferit de examinări multiple, inutile, de prezenţa unor aparate complicate. Concluzionând, putem spune că diagnosticul şi mai ales programul terapeutic şi recuperator trebuie să aparţină unei echipe de specialişti care să monitorizeze continuu evoluţia copilului.

1. Există diferite metode şi teste pentru măsurarea nivelului de dezvoltare psihomotrice, cum ar fi Scala Gessel (prima scală de dezvoltare psihomotrice), Scala Brunet-Lezine, Testul Buhler şi Hetzer, Testul Scholl, Scala Institutului de igienă Bucureşti (I. Chiriac şi A. Chiţu) etc.

6.3. Aspecte privind metodologia recuperării deficienţelor neuropsihomotorii

Recuperarea neuropsihomotrice se numără printre cele mai importante metode utilizate în domeniul terapeutic, ocupând un loc important în sistemul metodelor de recuperare, atât în psihiatria infantilă, cât şi în psihopedagogia specială.

În capitolul referitor la instrumente şi moduri de activitate din domeniul psihopedagogiei speciale, este prezentat un ghid al abilităţilor motorii cuprinse în *ghidul Portage pentru educaţie timpurie*, care reprezintă achiziţiile la finele fiecărei perioade de vârstă, până la 6 ani. Acest ghid cuprinde un inventar de abilităţi de care trebuie să dispună copiii între 0 şi 6 ani, precum şi sugestii educativ-terapeutice pentru achiziţionarea lor. Ghidul Portage este structurat pe şase secţiuni/arii de dezvoltare:
- stimularea sugarului;
- socializare;
- limbaj;
- autoservire;
- cognitiv;
- motor.

Ghidul este alcătuit, în principal, pentru a servi ca instrument de proiectare a unui program de învăţare, şi mai puţin ca un instrument de evaluare a vârstei mintale.

Învăţarea motorie trebuie înţeleasă, pe de-o parte, ca un proces permanent determinat de schimbările consecutive dezvoltării şi maturizării sistemului nervos şi, pe de altă parte, ca un rezultat direct al dezvoltării şi experienţei personale, dependente de informaţii senzoriale şi de procesele de feedback. Manifestările din sfera motricităţii trebuie privite în relaţie strânsă cu dezvoltarea intelectuală, expresia verbală şi grafică, maturizarea afectiv-motivaţională şi calitatea relaţiilor interindividuale ca expresie a maturizării sociale. Nu de puţine ori pot fi întâlniţi copii care prezintă o slabă dezvoltare a mişcărilor mai complicate ale mâinii, dificultăţi în trecerea de la o mişcare la alta sau în executarea unor mişcări pe baza unor comenzi verbale, lipsă de expansivitate, lentoare, inerţie sau uniformitate în mişcări, toate acestea constituindu-se în informaţii cu privire la nivelul de dezvoltare în plan psihomotrice al copilului.

Activitatea de recuperare neuropsihomotrice se desfăşoară în baza unor obiective specifice (Moţet, 2001, p. 104):
- conştientizarea mişcărilor posibile şi normalizarea răspunsului motor (voluntar şi automat);
- asigurarea forţei şi rezistenţei musculare în schemele de mişcare necesare realizării activităţilor de bază şi profesionale;
- creşterea forţei musculare;
- creşterea rezistenţei musculare prin folosirea ortezelor şi a altor dispozitive;
- ameliorarea coordonării mişcărilor corpului;
- remedierea şi îmbunătăţirea mobilităţii articulare;
- prevenirea şi eliminarea contracturilor şi retracturilor provocate de dezechilibrul de forţă musculară, prin întărirea antagoniştilor.

Principalele etape/repere în elaborarea programelor de recuperare kinetoterapeutică a tulburărilor motorii sunt:
- stabilirea diagnosticului clinic;
- recomandările şi, mai ales, contraindicaţiile medicului în raport cu diagnosticul stabilit;
- evaluarea complexă a persoanei şi identificarea resurselor biologice, neurofiziologice, psihologice şi sociale care pot susţine activitatea de recuperare;
- stabilirea obiectivelor programului kinetoterapeutic şi a principiilor de acţiune care să corespundă fiecărui client în parte;
- stabilirea strategiilor operaţionale de derulare a programului de kinetoterapie;
- stabilirea conţinutului programului de recuperare (în general şi pe etape).

Intervenţia kinetoterapeutică se fundamentează pe o serie de principii care pot căpăta accente specifice de la un caz la altul, în funcţie de particularităţile anatomo-fiziologice şi neuropsihice ale subiectului:
- toate fiinţele umane au potenţial latent care poate fi valorificat în activităţile de recuperare;
- deprinderile motorii timpurii sunt dominate de activităţile reflexe şi caracterizate prin mişcări spontane, care oscilează între extrema flexie şi extensie;
- deprinderile motorii ale adultului sunt susţinute sau întărite de reflexele posturale;
- etapele dezvoltării componentelor motorii au o succesiune ordonată, între ele existând suprapuneri de la o etapă la alta (copilul nu îşi încheie dezvoltarea unei etape înainte de a trece la următoarea etapă);
- locomoţia are la bază contracţia reciprocă a flexorilor şi extensorilor;
- frecvenţa stimulilor şi a activităţilor repetitive sunt folosite pentru a dezvolta forţa şi rezistenţa musculară şi pentru a susţine învăţarea actelor motorii.

În recuperarea copiilor cu tulburări neuropsihomotorii se impune cunoaşterea normelor şi etapelor învăţării motorii, pentru a putea folosi eficient şi în scop terapeutic exerciţiul fizic. Principalii parametri ai unui exerciţiu motrice sunt:
- durata mişcării;
- forţa necesară efectuării mişcării;
- direcţia/direcţiile de efectuare a mişcării;
- amplitudinea mişcării.

La aceşti parametri, în condiţiile activităţilor terapeutice, se mai adaugă:
- tensiunea psihică şi fizică implicată în realizarea mişcării;
- nivelul rezistenţei musculare, solicitată de mişcare;
- nivelul solicitărilor cardio-respiratorii;
- gradul de participare al receptorilor.

Programele de intervenţie asupra componentelor motrice pot valorifica mai multe direcţii recuperator-terapeutice:

a) *terapii bazate pe stimulare* – urmăresc antrenarea controlului motor în conformitate cu parametrii dezvoltării neuromotorii, respectiv:

- mobilitatea – capacitatea inițierii și executării unei mișcări în limita amplitudinii fiziologice ;
- stabilitatea – capacitatea de menținere a echilibrului în pozițiile de balans ;
- mobilitatea controlată – capacitatea de menținere a echilibrului postural în timpul mișcării ;
- abilitatea – capacitatea de a executa mișcări precise cu extremitățile distale în scop funcțional.

Intensitatea, durata și frecvența stimulărilor sunt condiționate de particularitățile neuropsihice ale subiecților ; astfel, un subiect apatic, depresiv impune aplicarea unor stimulări mai intense, în timp ce un subiect hiperactiv va necesita o stimulare mai redusă. Tehnicile de stimulare pot fi : proprioceptive (întindere rapidă, întindere prelungită, vibrația, presiunea pe tendon etc.), exteroceptive (atingerea ușoară, periajul, crioterapia, atingere continuă, căldură neutră etc.) și vestibulare sau senzoriale (balansări lente repetate, rostogoliri, rotații libere etc.). Principalele strategii și direcții de acțiune vor urmări îmbunătățirea mobilității, a stabilității, a mobilității controlate și a abilităților motrice prin categorii diverse de exerciții adresate segmentelor și grupelor musculare interesate ;

b) *terapii bazate pe inhibiție* – urmăresc antrenarea engramelor motorii de la nivel central, coordonarea și precizia mișcărilor, îmbunătățirea vitezei și cursivității acestora prin intermediul activităților și exercițiilor destinate influențării proceselor de inhibiție a neuronilor motori care nu sunt implicați direct în efectuarea mișcării (se urmăresc astfel inhibarea impulsurilor corticale din zonele efectoare destinate grupelor musculare neinteresate de o anumită mișcare și distribuirea comenzilor doar acelor grupe musculare implicate direct în efectuarea unei mișcări voluntare) ;
c) *terapii bazate pe facilitare* – urmăresc reducerea spasticității musculaturii, corectarea posturii și a mobilității segmentelor corpului prin exerciții și procedee specifice[1] ;
d) *facilitarea neuromusculară proprioceptivă* – prin tehnici care intervin asupra grupelor musculare antagoniste și tehnici care determină relaxarea ;
e) *terapii ocupaționale* – includ, în cazul persoanelor cu deficiențe neuropsihomotorii, activități practice și recreative care să dezvolte forța și rezistența musculară, activități de muncă și sportive care să permită dezvoltarea mobilității și activități diverse care să asigure un echilibru și un confort psihic constant.

Practica din acest domeniu a determinat apariția unor sisteme și programe complexe de terapie a psihomotricității ; astfel, Suzanne Naville este autoarea unei scheme metodologice de recuperare și dezvoltare a psihomotricității, structurată pe patru capitole :

a) mișcările globale – solicită organismul și permit persoanei să-și simtă propriul corp și capacitățile acestuia prin exerciții motrice ; acțiunile sunt direcționate către educarea echilibrului general, coordonarea dinamică generală și coordonarea ocul-manuală ;
b) schema corporală și lateralitatea – acțiunile sunt direcționate către trăirea, perceperea și reprezentarea corporalității și a lateralității ;
c) organizarea spațio-temporală – concentrare și memorie vizuală, noțiuni spațiale, orientare și structurare spațială, structurare temporală, noțiuni motrico-ritmice ;

1. În această categorie de terapii, cele mai cunoscute metode sunt : metoda Bobath, metoda Kabat, metoda Kenny, metoda Phelps, metoda Rood, metoda Frenkel, metoda Tardieu.

d) educaţia prin mişcare – contact, schimb, adaptare, cooperare, mobilizarea efortului ; acest capitol pune în evidenţă rolul terapiei psihomotricităţii în relaţionarea copilului deficient cu cei din jurul său.

Programul psihocinetic Boulch este structurat pe trei niveluri :

a) nivelul funcţiilor instrumentale – cuprinde percepţia propriului corp şi percepţia lumii exterioare (percepţia şi structurarea spaţială, percepţia temporală), adaptarea motrice (se referă la adaptarea posturală şi realizarea gesturilor coordonate) ;
b) nivelul structurii schemei corporale – cuprinde etapa corpului perceput, etapa corpului reprezentat, precum şi achiziţia mişcărilor fine ;
c) nivelul emoţional şi afectiv – se referă la condiţiile care favorizează şi optimizează acţiunea.

Programul de terapie psihomotrice, elaborat de A. De Meur şi L. Staes, este structurat pe cinci coordonate :

- schema corporală ;
- lateralitatea ;
- structurarea spaţială ;
- structurarea temporală ;
- activităţi grafice de pregătire a scrierii.

Obiectivele terapeutice sunt eşalonate în cadrul a patru categorii de vârstă, şi anume : 2,5-4 ani, 4-5 ani, 5-6 ani şi 6-8 ani. Pentru fiecare categorie sunt listate o serie de exerciţii şi activităţi structurate pe cele cinci coordonate prezentate.

Asemănător cu schema Suzanne Naville este şi programul propus de Claude Kohler, care are şase coordonate :

- echilibrul general şi educaţia senzaţiilor plantare – exerciţii pentru echilibrul static, educarea mersului etc. ;
- dezvoltarea schemei corporale – poziţia corpului în spaţiu, poziţia segmentelor corpului etc. ;
- organizarea spaţiului şi dezvoltarea orientării spaţiale – noţiunile de distanţă şi interval, înainte, înapoi, sus, jos etc. ;
- coordonarea dinamică generală – mers, sărituri, treceri peste obstacole, aruncări, jonglerii etc. ;
- educarea respiraţiei ;
- relaxarea şi inhibiţia voluntară – relaxare globală şi pe segmente, controlul mişcărilor.

Conţinuturile activităţilor care fac obiectul programelor enumerate sunt stabilite de către kinetoterapeut, educatorul specializat sau de către psihopedagog ; rezultatele obţinute în timp împreună cu observaţiile asupra comportamentului motrice al fiecărui elev în diferite împrejurări vor da posibilitatea de a aprecia nivelul achiziţiilor psihomotrice şi de a-l raporta la vârsta cronologică. Aceste aprecieri vor indica şi modalităţile de intervenţie şi vor oferi sugestii importante pentru elaborarea şi aplicarea programelor educaţional-terapeutice în secvenţele ulterioare.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Argumentaţi efectul deficienţelor locomotorii asupra personalităţii şi vieţii psihice a individului.
- Prezentaţi o perspectivă sintetică asupra criteriilor de clasificare a deficienţelor fizice şi/sau neuromotorii.
- Efectuaţi o analiză a principalelor componente ale psihomotricităţii.
- Care sunt principalele categorii de tulburări psihomotrice şi cum influenţează ele activitatea persoanei ?
- Prezentaţi aspectele principalele referitoare la metodologia de recuperare a tulburărilor neuropsihomotorii.
- Efectuaţi o analiză comparativă între tulburările neuromotorii şi cele psihomotorii, pornind de la etiologie, posibilităţile de recuperare şi elementele psihopedagogice specifice.

CAPITOLUL 7

Tulburări de limbaj

Tulburările limbajului reprezintă rezultatul disfuncţiilor intervenite în recepţionarea, înţelegerea, elaborarea şi realizarea comunicării scrise şi orale din cauza unor afecţiuni de natură organică, funcţională, psihologică sau educaţională, care acţionează asupra copilului mic în perioada apariţiei şi dezvoltării limbajului. Datorită importanţei limbajului în structurarea şi desfăşurarea proceselor cognitive, orice afectare a acestuia ar putea avea influenţa şi calitatea operaţiilor gândirii, relaţiilor cu cei din jur şi structurării personalităţii copilului. Din acest motiv, cunoaşterea şi identificarea tulburărilor de limbaj reprezintă o prioritate a specialiştilor în probleme de psihopedagogie, precizia şi precocitatea diagnosticului acestor tulburări garantând reuşita programului terapeutic şi recuperator al copilului cu tulburări de limbaj.

7.1. Clasificarea tulburărilor de limbaj

Pentru clasificarea tulburărilor limbajului pot fi invocate mai multe criterii. E. Verza face o clasificare a tulburărilor de limbaj prin raportare simultană la criteriile anatomo-fiziologic, etiologic, lingvistic şi psihologic. Astfel, sunt identificate următoarele categorii de tulburări:

a) *tulburări de pronunţie*: dislalia, rinolalia şi dizartria;
b) *tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii*: bâlbâiala, tahilalia, bradilalia, logonevroza, aftongia şi tulburări pe bază de coree;
c) *tulburări de voce*: afonia, disfonia şi fonastenia;
d) *tulburări ale limbajului citit-scris*: dislexia-alexia şi disgrafia-agrafia;
e) *tulburări polimorfe*: afazia şi alalia;
f) *tulburări de dezvoltare a limbajului*: mutism psihogen, electiv sau voluntar şi întârzierea în dezvoltarea generală a vorbirii.

Această clasificare cuprinde, majoritar, zona foneticii şi fonologiei (articulare, ritm, fluenţă, voce, intonaţie). Din perspectiva dezvoltării limbajului s-au diferenţiat următoarele tulburări:

- limbaj întârziat, cu model patologic (limbaj nedezvoltat);
- limbaj întârziat, cu model normal;
- întreruperea dezvoltării limbajului;
- limbaj calitativ diferit de limbajul normal.

Clasificarea modelelor dezvoltării poate fi utilizată în depistarea modului de instalare a tulburărilor de limbaj, în copilăria mică şi mijlocie, prin metoda anamnezei. Astfel se obţine un indicator pentru evaluarea rezistenţei la intervenţia de corectare logopedică şi se pot stabili metodele de învăţare şi reeducare a vorbirii şi limbajului.

Patru cazuri sunt ilustrative.

Caz 1. *Deşi avea 4 ani, elevul nu a încercat să vorbească şi nu răspundea la interpelările anturajului, chiar dacă avea un auz normal. Totuşi, comunica prin mormăieli şi ţipete, pe care familia a învăţat să le interpreteze.* (categoria: limbaj nedezvoltat)

Caz 2. *Bunica a avut dreptate când spunea că va vorbi atunci când va fi pregătită să o facă. La vârsta de 4 ani, limbajul ei era asemenea cu cel al vărului de 2 ani. Mama era îngrijorată, dar toţi din casă simţeau că va deveni o bună vorbitoare, deoarece înţelegea propoziţii şi fraze complicate şi reacţiona adecvat la ele.* (categoria: limbaj întârziat pe model normal)

Caz 3. *Elevul a fost un sugar vioi, care a început să vorbească la 11 luni. La vârsta de 2 ani, el formula propoziţii scurte. La vârsta de 4 ani, a contractat o boală contagioasă în formă gravă, cu febră mare, timp de două săptămâni. Când s-a vindecat nu mai vorbea. Familia interpretează divers acest fapt.* (categoria: limbaj întrerupt în dezvoltare)

Caz 4. *Toată copilăria a vorbit. Părinţii erau mândri de el/ea, dar la grădiniţă educatoarea nu a fost încântată de deprinderile lui/ei de limbaj. Ea spunea că, deşi participă frecvent la discuţii, judecăţile sunt sărace, foloseşte jargonul şi leagă nepotrivit cuvintele. Colegii erau iritaţi că le repetă întrebările în loc să răspundă la ele.* (categoria: limbaj calitativ diferit de limbajul normal)

Primul caz face referire la corelaţia dintre deficienţa mintală şi tulburarea de limbaj. La copiii cu deficienţă mintală, limbajul este mai afectat decât alte zone ale dezvoltării (de exemplu, psihomotricitatea). Aceştia au probleme de înţelegere a limbajului (recepţie) şi de pronunţare a cuvintelor şi propoziţiilor (expresie). Tulburările de limbaj sunt cu atât mai accentuate cu cât este mai severă deficienţa mintală. Aceste manifestări diferenţiază o întârziere patologică de limbaj de o întârziere pe model normal. Copiii cu întârziere pe model normal dau semne de înţelegere a verbalizărilor din anturaj (înţeleg înainte de a vorbi). După ce vorbesc, întârzierea se manifestă în raport cu nivelul mediu al dezvoltării vorbirii pentru vârsta cronologică respectivă: vocabularul este mai sărac, redus la cuvinte uzuale, iar posibilităţile de formulare a propoziţiilor sunt limitate. Cazul patru este apropiat de ceea ce a fost definit drept handicap sociocultural; există un decalaj între criteriile familiale de apreciere şi standardele impuse de grădiniţă, generând o problemă de interpretare, respectiv dacă limbajul copilului prezintă un deficit sau o diferenţă culturală. Pentru a reduce acest decalaj, mediul preşcolar şi şcolar trebuie să ofere un cadru de participare activă a copilului la dezvoltarea şi perfecţionarea capacităţilor sale lingvistice.

Alături de stres şi eşecuri repetate, greşelile educative pot declanşa mutismul electiv (sau voluntar), care se manifestă prin refuzul de a vorbi cu anumite persoane, în anumite împrejurări sau, mai grav, cu toţi din jur şi în orice împrejurare. Dacă, în activităţile desfăşurate în şcoală, personalul didactic va persista în atitudinea de încurajare activă a

exprimării copiilor şi le vor oferi, în forme neagresive, dar ferme, modele bune de vorbire, atunci ei vor părăsi formele incorecte (fonetice, morfologice, sintactice).

Dintr-o altă perspectivă, putem clasifica tulburările de limbaj în cinci categorii :

- *tulburări fonologice* – persoana nu produce sunetele conform cu regulile lingvistice ale comunicării ;
- *tulburările morfologice* – privesc construcţia cuvintelor ca formă, număr, gen, caz, mod, timp etc. ;
- *tulburările sintactice* – încălcări ale regulilor de codificare a mesajelor, în ceea ce priveşte ordinea cuvintelor în propoziţii şi fraze (structura propoziţiei sau frazei) ;
- *tulburările semantice* – privesc simbolistica, acordarea de semnificaţii, codificarea şi decodificarea cuvintelor şi frazelor ;
- *tulburările pragmatice* – combină discordant limbajul verbal cu comunicarea non-verbală.

Această clasificare corespunde criteriului aplicat dificultăţilor de învăţare a limbajului de către L. Bloom :

1. Dificultăţile de învăţare a *formei limbajului* se referă la aspectele fonologice, morfologice şi sintactice :
   - învăţarea fonologică presupune însuşirea fonemelor, silabelor şi prozodiei (accent, intonaţie) ;
   - învăţarea morfologică presupune însuşirea de cuvinte (substantive, adjective, verbe, adverbe, conjuncţii, prepoziţii etc.) ;
   - învăţarea sintactică presupune însuşirea ordinii, ierarhizării şi raporturilor convenţionale consacrate de logica lingvistică în limbă.
2. Dificultăţile de învăţare a *conţinutului limbajului* se referă la aspectele semantice ale limbii ; asimilarea cuvintelor limbii (vocabularul, fondul lexical al limbii) nu se rezumă la memorarea etichetelor lingvistice, ci implică procese subiective de cunoaştere a realităţii şi de reprezentare simbolică şi analitică (simboluri, concepte, judecăţi şi raţionamente) ; acest proces începe în copilăria mică şi continuă de-a lungul vieţii prin :
   - cunoaşterea obiectelor şi proprietăţilor lor esenţiale ;
   - categorisirea obiectelor şi ierarhizarea lor ;
   - cunoaşterea fenomenelor (relaţii între obiecte, schimburi, apariţii, dispariţii, deplasări, înlocuiri etc.) ;
   - categorisirea fenomenelor ;
   - relaţii între fenomene şi relaţii între obiecte şi fenomene.

   Astfel, se învaţă codificarea, adică acordarea de semnificaţii sistematice şi reprezentarea lumii externe în idei verbalizate. Codificarea şi decodificarea sunt activităţi mintale complementare, complicate şi vulnerabile în învăţare. Prevenirea acestor dificultăţi, frecvent întâlnite şi greu de ameliorat, începe în copilărie (de la 3-4 ani) şi continuă în şcoală cu aportul părinţilor, educatorilor, învăţătorilor, profesorilor.
3. Dificultăţile în *învăţarea utilizării limbajului* pot apărea chiar dacă elevul a interiorizat forma şi conţinutul acestuia, însă nu le utilizează eficient în comunicare. Un bun utilizator al limbajului sesizează intenţiile din limbajul partenerilor şi se adaptează la contextul comunicării pentru a-şi realiza propriile intenţii. Pentru prevenirea dificultăţilor de utilizare a limbajului, programele şcolare îşi propun exersarea comunicării,

coordonată de educator şi conştientizată de către elev. Elevii cu dificultăţi de utilizare a limbajului nu sunt capabili în suficientă măsură:

- să pună întrebări şi să exprime diverse cerinţe;
- să obţină şi să reţină informaţii utile;
- să aibă comentarii la obiect;
- să susţină un monolog coerent, consistent şi continuu;
- să beneficieze de atenţia unui partener de discuţie;
- să dea sens figurat unor exprimări;
- să asculte concentrat;
- să preia şi să dezvolte ideile altuia;
- să schimbe cursul discuţiei în direcţia dorită;
- să combată raţional ideile pe care nu le împărtăşeşte.

Cele trei aspecte ale limbajului (formă, conţinut şi utilizare) funcţionează simultan şi corelat. Acestea sunt adesea solicitate în şcoală, iar un limbaj deficitar creează elevului un grav prejudiciu.

C. Păunescu identifică trei categorii de sindroame răspunzătoare de tulburări ale limbajului:

- *sindromul dismaturativ* – condiţionat fie de un ritm propriu de dezvoltare, fie de o încetinire a ritmului obişnuit de dezvoltare a vorbirii, cauzată de factori somatici, afectivi sau sociali, manifestat prin întârzierea simplă în apariţia şi dezvoltarea vorbirii, dislalia de evoluţie, bâlbâiala fiziologică, dislexia-disgrafia de evoluţie;
- *sindroame extrinsece limbajului şi vorbirii* – afectează rostirea prin interesarea laturii instrumentale a limbajului (malformaţii periferice structurale, leziuni periferice motorii sau senzoriale, leziuni subcorticale); formele de manifestare sunt dislalia, disartria, disritmia (bâlbâiala, tahilalia, bradilalia);
- *sindroame intrinsece limbajului şi vorbirii* – caracterizate printr-o simptomatologie de tip afazic, datorată unor leziuni la nivelul structurilor cortico-subcorticale ale elaborării ideaţionale a limbajului; în aceste condiţii, limbajul şi vorbirea sunt de tip disfazic (sindromul disintegrativ) sau de tip afazic (sindromul dezintegrativ).

Şi în acest caz cunoaşterea specificului de manifestare clinică a principalelor tulburări de limbaj este o condiţie fundamentală în stabilirea unui diagnostic diferenţial, absolut necesar conturării programului terapeutic, precum şi în prognosticul tulburării fiecărui copil în parte.

7.2. Etiologia şi tabloul clinic şi psihopedagogic al tulburărilor de limbaj

Etiologia tulburărilor de limbaj, la rândul ei, este de o mare diversitate şi cunoaşterea cauzelor care determină tulburarea este o altă condiţie de bază în stabilirea programului terapeutic şi a strategiei de lucru cu copilul deficient. Analiza cauzelor a putut stabili următoarele categorii etiologice:

1. *Cauze care acţionează în perioada prenatală*:
   a) boli infecţioase ale mamei în perioada sarcinii;

b) incompatibilitatea Rh între mamă şi făt ;
c) intoxicaţii ;
d) traume mecanice (care lezează fizic organismul fătului) sau psihice (stres, spaimă, emoţii intense resimţite de mamă) ;
e) carenţe nutritive etc.

2. *Cauze care acţionează în timpul naşterii* :
a) traumatisme obstetricale ;
b) naşteri prelungite care duc la asfixii şi leziuni ale sistemului nervos central.

3. *Cauze care acţionează în perioada postnatală* :
a) cauze organice de natură centrală sau periferică :
- leziuni ale sistemului nervos central provocate de unele traumatisme mecanice ;
- afecţiuni ale aparatului auditiv şi fonoarticulator care împiedică recepţia şi emiterea sunetelor (perforarea timpanului, anomalii ale buzelor, limbii, vălului palatin, maxilarelor etc.) ;
- boli infecţioase ale copilăriei (encefalită, meningită, scarlatină, tuberculoză, rujeolă, pojar etc.) ;
- intoxicaţii cu substanţe chimice, medicamente, alcool care pot afecta organic sau funcţional mecanismele neurofiziologice ale limbajului ;

b) cauze funcţionale – privesc sfera senzorială (receptoare) şi motorie (efectoare) :
- tulburarea proceselor de excitaţie şi inhibiţie la nivelul cortexului ;
- insuficienţe funcţionale ale sistemului nervos central ;
- insuficienţe motorii la nivelul aparatului fonoarticulator (spasticitate sau tonus scăzut al musculaturii, afecţiuni pe traiectul nervului motor etc.) ;
- deficienţe ale auzului fonematic (hipoacuzii, discriminare senzorială redusă etc.) ;

c) cauze psihopedagogice – determină în special tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii :
- deficienţe mintale ;
- tulburări ale memoriei, atenţiei, reprezentărilor vizuale şi acustice ;
- tulburări în sfera personalităţii (neîncredere în sine, timiditate, supraaprecierea imaginii de sine etc.) ;

d) cauze psihosociopedagogice :
- slabă stimulare a vorbirii copilului în ontogeneza timpurie ;
- carenţe pedagogice (stimulare deformată a vorbirii, imitarea unor modele cu vorbire deficitară, necorectarea la timp a tulburărilor de vorbire) ;
- suprasolicitare, stări conflictuale, oboseală, fenomenul de bilingvism (obligarea copilului de a învăţa o limbă străină înainte de a-şi forma deprinderile necesare în limba maternă etc.).

Pornind de la tipologia şi aspectele etiologice ale tulburărilor de limbaj, pot fi făcute următoarele consideraţii psihopedagogice cu privire la persoana şi personalitatea unui subiect logopat :

- Există un anumit grad de fragilitate şi instabilitate la nivelul unor trăsături ale personalităţii din cauza intervenţiei unor factori perturbatori în relaţiile cu stimulii externi care determină inerţie în comunicare, teama de a pronunţa cuvinte, manifestări comportamentale anormale, rigiditate, izolare etc.

- În funcţie de particularităţile temperamentale, vârsta, educaţia şi dezvoltarea mintală a logopatului, tulburările de limbaj pot provoca şi stări de excitaţie psihomotorie manifestate prin agitaţii permanente. În alte situaţii putem întâlni tulburări afectiv-emoţionale şi volitive care pot culmina cu stări de depresie prelungite.
- La persoanele cu tulburări de vorbire pot fi identificate contradicţii în rezolvarea problemelor şi în studierea modalităţilor de acţiune mintală şi practică. Atunci când aceste stări se prelungesc şi devin cronice, apar stări conflictuale interne care influenţează negativ formarea caracterului şi dezvoltarea normală a proceselor psihice.
- Tulburările de limbaj pot constitui un factor stresant atunci când deficientul nu găseşte la cei din jur înţelegerea necesară faţă de situaţia sa sau când nu întrevede perspectiva corectării şi recuperării acestor tulburări. În asemenea situaţii, subiectul trăieşte stări de disconfort, nesiguranţă în vorbire sau alte activităţi, surmenaj fizic şi intelectual, pe fondul cărora se pot instala complexe de inferioritate, anxietate, izolare de cei din jur, reacţii nevrotice.
- În cazul deficienţelor de intelect, tulburările de limbaj pot determina accentuarea tulburărilor psihice şi de comportament ca urmare a deficitului funcţiilor de cunoaştere şi de exprimare, a imaturităţii afective, a creşterii sugestibilităţii, impulsivităţii şi rigidităţii psihomotorii, împiedicând semnificativ aprecierea corectă şi adecvată a situaţiilor de viaţă cu efecte imediate în comportamentele adaptive la stimulii din ambianţă.
- De asemenea, la copiii cu deficienţă mintală, decalajul dintre dezvoltarea limbajului şi celelalte funcţii psihice este foarte evident, deoarece posibilităţile de înţelegere şi de ideaţie rămân limitate, în timp ce capacitatea de exprimare înregistrează progrese interesante. Copilul deficient mintal are totuşi posibilitatea să-şi însuşească unele formule stereotipice pe care le utilizează în conversaţii simple. Chiar dacă expresiile lingvistice de argou sunt învăţate fără eforturi şi sunt frecvent întâlnite în limbajul cotidian, comunicarea nu se desfăşoară după o anumită logică, deoarece asociaţiile (în planul ideatic) nu pot fi conştientizate pe deplin şi nu cuprind abstractizări şi generalizări. Regulile gramaticale sunt deseori utilizate defectuos, ceea ce scade claritatea mesajului şi a comunicării în general. Principala şi cea mai stabilă caracteristică o reprezintă imaturitatea vorbirii, care se accentuează în raport cu gravitatea deficienţei mintale. La copilul de 2-3 ani, imaturitatea vorbirii nu este atât de evidentă, dar, cu timpul, diferenţele dintre vorbirea copilului normal şi cea a copilului deficient se accentuează tot mai mult şi din cauza fenomenelor de perseverare caracteristice structurilor mintale neevoluate ale acestuia din urmă. Fenomenele de perseverare ce apar frecvent se extind de la nivelul sunetelor şi silabelor la cuvinte şi chiar propoziţii, ceea ce dă o notă dezagreabilă vorbirii, iar comunicarea devine tot mai confuză.
- Conduita verbală a deficienţilor mintal este dominată de caracteristicile emoţional-afective care nu întotdeauna întregesc conţinutul semantic, ci, dimpotrivă, estompează activitatea cognitivă. La acestea se adaugă multe elemente neesenţiale şi redundante care îngreuiază recepţia informaţiei de către auditor şi determină ca întreaga comunicare să fie centrată pe sens, şi nu pe semnificaţii. Ca o caracteristică generală, toate categoriile de deficienţi mintal întâmpină dificultăţi atât în înţelegerea contextului în care se desfăşoară conduita verbală, cât şi în plasarea comunicării într-un context organizat. Dacă avem în vedere cele trei straturi contextuale, şi

anume : *contextul total*, care nu este identic cu contextul situaţional, *contextul explicit*, care este mai evident în limbajul oral, şi *contextul verbal* sau *discursiv*, de natură strict lingvistică, observăm că ele nu sunt organizate în comunicare la deficientul mintal şi nici nu apar bine delimitate.

- Atunci când tulburările de limbaj apar pe fondul altor deficienţe, precum cele senzoriale sau fizice, tulburările personalităţii, deja existente, în mai toate cazurile se accentuează. La deficienţii de auz şi de vedere, tulburările de vorbire creează probleme suplimentare în procesul de integrare socială, din cauza absenţei sau slabei înţelegeri a vorbirii (în cazul deficienţilor de auz) sau rolului compensator al cuvântului în structurarea reprezentărilor (la deficienţii de vedere), în ambele situaţii existând riscul reducerii relaţiilor sociale, date fiind dificultăţile de comunicare şi înţelegere a mesajului între interlocutori.
- În situaţiile obişnuite de viaţă, fiecare persoană foloseşte un stil propriu de exprimare orală şi scrisă, cu anumite particularităţi strâns legate de nivelul şi gradul său de cultură. La persoanele cu tulburări de limbaj, chiar şi atunci când posedă un nivel de cultură avansat, se observă o anumită reţinere în a-şi prezenta ideile, gândurile în raport cu posibilităţile pe care le au, un argument în plus pentru prevenirea şi corectarea acestor tipuri de tulburări.

7.3. Prevenirea şi corectarea tulburărilor de vorbire

Cercetările experimentale şi experienţa practică au demonstrat că activitatea de prevenire şi corectare a tulburărilor de vorbire este fundamentată pe o serie de *principii logopedice* :

a) *principiul intervenţiei timpurii* – asigură eficienţa terapiei logopedice, deoarece la vârste mici automatismele psiholingvistice nu sunt încă bine consolidate şi pot fi uşor înlocuite cu deprinderi corecte de vorbire ; tratarea tulburărilor de limbaj chiar din faza lor de debut (mai ales a tulburărilor cu caracter polimorf) permite înlăturarea unora dintre cauzele insuccesului şcolar, respectiv cauzele de natură logopedică ;

b) *principiul parteneriatului în intervenţia terapeutică* – succesul intervenţiei logopedice presupune iniţierea factorilor educaţionali (familie, părinţi, grădiniţă, şcoală) în activitatea logopedică şi consolidarea unor parteneriate/colaborări între profesorul logoped, educatori şi părinţi în scopul prelungirii intervenţiei logopedice şi în mediul şcolar sau de viaţă al copilului ;

c) *principiul respectării particularităţilor de vârstă şi individuale* – în domeniul logopediei, acest principiu are în vedere evitarea confuziilor (care pot să apară tocmai din cauza vârstei copiilor) între tulburările de limbaj propriu-zise şi cele pasagere, datorate insuficientei maturizări a organelor şi funcţiilor fonoarticulatorii ; de asemenea, în terapia logopedică, activităţile şi secvenţele de lucru desfăşurate cu copilul trebuie adaptate vârstei, nivelului de dezvoltare mintală şi particularităţilor personalităţii acestuia ;

d) *principiul exerciţiilor de scurtă durată* – în timpul exerciţiilor de vorbire cu copiii, din pricina instalării rapide a oboselii, se recomandă exersarea timp de doar câteva minute ; în schimb, această exersare pe perioade scurte poate fi repetată frecvent în aceeaşi şedinţă, pentru ca între aspectul sonor corect al sunetului rostit şi mişcările articulatorii corespunzătoare să se poată fixa legăturile necesare ;

e) *principiul utilizării sunetelor ajutătoare* – pentru a evita apariţia tensiunilor între controlul conştient al mişcărilor articulatorii şi cel al poziţiei sunetelor, care pot afecta succesul intervenţiei logopedice, se recomandă folosirea sunetelor asemănătoare pe care copilul le poate pronunţa şi, treptat, să se treacă la sunetele noi, corecte, care vor înlocui sunetele greşit pronunţate ;
f) *principiul utilizării autocontrolului auditiv* – dacă după mai multe încercări şi exerciţii copilul nu poate distinge sunetele care fac parte din aceeaşi grupă de sunete, atunci logopedul va demonstra pe organele lui articulatorii şi va arăta copilului deosebirile dintre acestea (dezvoltarea autocontrolului se poate face şi prin comparaţia imaginii din oglindă cu cea demonstrată de logoped) ;
g) *principiul acţiunii minime* – este mai eficient ca sunete noi să se exerseze la începutul exerciţiilor cu vocea scăzută, fără exagerare ; vocala se adaugă la început şoptit şi abia mai târziu se pronunţă cu voce tare, evitându-se astfel mişcările însoţitoare inutile şi reducând durata intervenţiei logopedice.

Metodele şi procedeele generale utilizate în activitatea logopedică au un caracter profilactic şi sunt clasificate astfel :
a) *gimnastica generală* – exerciţiile fizice generale întăresc şi relaxează musculatura implicată în actul vorbirii şi contribuie la menţinerea sănătăţii organismului ; se poate folosi o gamă variată de exerciţii : rotiri ale braţelor, rotiri şi aplecări ale capului, mişcări la nivelul trunchiului, mişcări la nivelul palmei şi degetelor, imitarea unor activităţi din viaţa cotidiană etc. ;
b) *gimnastica fonoarticulatorie* – cuprinde mai multe serii de exerciţii de gimnastică facială, linguală, mandibulară, velo-palatală şi labială care trebuie executate ritmic deoarece, pe lângă antrenarea şi tonifierea segmentelor aparatului fonoarticulator, au şi menirea de a introduce ritmul în vorbirea copiilor ;
c) *gimnastica respiratorie* – urmăreşte educarea echilibrului dintre inspiraţie şi expiraţie cu ajutorul unor exerciţii şi procedee diverse (suflarea într-o lumânare aprinsă, aburirea unei oglinzi, alternativ, cu nasul şi cu gura, umflarea unui balon, formarea de valuri într-un vas cu apă, suflarea în diferite instrumente muzicale etc.) ; în cadrul acestor activităţi se va acorda o mare atenţie expiraţiei lungi, relaxate ;
d) *educarea auzului fonematic* (rol fundamental în dezvoltarea autocontrolului auditiv) – prin stimularea percepţiei fonematice (legătura dintre sunet şi imaginea modului de articulare corectă a sunetului respectiv), utilizând modelul motric-kinestezic oferit de logoped şi valorificând activităţi diverse cu caracter ludic ;
e) *educarea personalităţii* – urmăreşte valorificarea unor strategii şi procedee psihoterapeutice în scopul înlăturării la copii a unor manifestări neuropsihice secundare, a unor tulburări de conduită şi personalitate determinate de prezenţa tulburărilor de vorbire (timiditate exagerată, negativism, nervozitate, iritabilitate, inapetenţă verbală, sensibilitate mărită la observaţiile celor din jur, frică, neîncredere, complex de inferioritate, autoizolare etc.).

Metodele şi procedeele specifice corespund unor etape distincte în procesul de corectare a tulburărilor de limbaj, respectiv emiterea, consolidarea, diferenţierea şi automatizarea pronunţiei sunetelor :
– în etapa *emiterii sunetelor* se recurge în mod curent la metoda demonstraţiei articulatorii în faţa oglinzii logopedice, la exerciţii (articulatorii şi fonatorii), la comparaţie,

precum şi la metoda derivării sunetului nou din sunete corect emise anterior prin analiza şi sinteza fonematică (metoda fonetică analitico-sintetică) ;
- în etapa *consolidării sunetelor* se recurge la metoda exerciţiului şi a comparaţiei, prin efectuarea repetată a unor serii de exerciţii, cât mai variate, destinate dezvoltării deprinderilor de pronunţie corectă ;
- în etapa *diferenţierii sunetelor* se urmăreşte dezvoltarea auzului fonematic şi a capacităţii de diferenţiere fonematică mai ales în cazul sunetelor foarte apropiate din punctul de vedere al locului şi modului de articulare ; cele mai utilizate metode sunt, şi în acest caz, exerciţiul şi comparaţia ;
- în etapa *automatizării* se face apel la metode ca : exerciţiul, compunerea, povestirea, conversaţia, integrând sunetele corectate în diverse situaţii de comunicare scrisă sau orală pentru a încheia astfel procesul complex de corectare a tulburărilor de limbaj.

Etapele, metodele şi procedeele specifice de corectare a sunetelor sunt, după E. Jucău şi N. Jurcău (1989), următoarele :

1. *Emiterea sunetului* :
   - demonstraţia articulatorie – analiza mişcărilor articulatorii, sinteza mişcărilor articulatorii, articularea cu voce şoptită, articularea cu voce normală ;
   - exerciţiul – articulator, fonator şi ortofonic ;
   - comparaţia – sonoră, grafică, sonoră + grafică ;
   - derivata sunetului – din sunete apropiate ca loc şi mod de articulare, din sunete care apar primele în ontogeneză.
2. *Consolidarea sunetului* :
   - exerciţiul – coarticulaţie între silabe (directe, indirecte, intermediare, logatomi, grupe consonantice), cuvinte (mono-, bi- şi polisilabice), propoziţii simple şi dezvoltate, fraze, analiza şi sinteza fonetică orală şi scrisă (silabe, cuvinte, propoziţii, fraze) ;
   - comparaţia – sonoră, grafică, sonoră + grafică.
3. *Diferenţierea sunetului* :
   - exerciţiul – analiza fonematică, diferenţierea motric-kinestezică, diferenţierea sunetului nou şi a unor sunete din grupe mai îndepărtate, diferenţierea sunetului din sunete asemănătoare, analiza şi diferenţierea grafică ;
   - comparaţia – sonoră, grafică, sonoră + grafică.
4. *Automatizarea sunetului* :
   - exerciţiul – oral (de analiză şi sinteză fonematică), scris (de analiză şi sinteză fonematică) ;
   - compunerea – după imagini date, cu început dat, analiza fonematică a textului compunerii etc. ;
   - povestirea – după imagini date, după imagini video, după înregistrare audio etc. ;
   - conversaţia – individuală sau în grup.

În concluzie, putem spune că majoritatea metodelor şi procedeelor prezentate sumar până acum se întâlnesc în toate cele patru etape de intervenţie logopedică, deosebirile dintre ele constând nu atât în denumirea lor, cât în modalităţile concrete de aplicare a lor de la o etapă la alta.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Argumentaţi efectul tulburărilor de limbaj asupra proceselor cognitive şi asupra personalităţii individului.
- Prezentaţi principalele clasificări ale tulburărilor de limbaj şi specificul fiecărui criteriu luat în considerare.
- Efectuaţi o analiză a principalelor categorii etiologice responsabile de apariţia tulburărilor de limbaj.
- Care sunt principiile de bază aplicate în activitatea logopedică?
- Prezentaţi metodele şi procedeele generale şi specifice aplicate în terapia şi corectarea tulburărilor de limbaj.
- Elaboraţi o strategie terapeutică pentru corectarea tulburărilor de vorbire la un copil în vârstă de 5 ani (tipul de tulburare la alegere).

CAPITOLUL 8

Copii/elevi cu dificultăţi de învăţare

O categorie aparte în cadrul psihopedagogiei speciale este reprezentată de copiii cu dificultăţi de învăţare (terminologie consacrată în literatura de specialitate mai recentă – *learning dizabilities*), având o tipologie de manifestare diversă, cu o etiologie variată şi complexă. În literatura de specialitate, începând cu anii '60 au existat mai multe încercări de a defini dificultăţile de învăţare, unele definiţii au fost criticate că sunt prea descriptive, altele nu au reuşit să acopere în totalitate diversitatea de manifestare a fenomenului.

8.1. Definiţii şi teorii ale dificultăţilor de învăţare

Comitetul Naţional Unit pentru Dificultăţi de Învăţare (NYCLD) din SUA a propus în anul 1987 o definiţie exhaustivă a acestui fenomen:

> Dificultăţile de învăţare reprezintă un termen generic ce se referă la un grup eterogen de tulburări datorate unor disfuncţii minimale ale sistemului nervos central, exprimate prin dificultăţi majore în achiziţionarea, utilizarea şi înţelegerea limbajului, a vorbirii, scrierii, citirii, dificultăţi în utilizarea abilităţilor matematice şi a altor abilităţi sociale; dificultăţile de învăţare nu trebuie înţelese ca fiind o consecinţă directă a unor deficienţe mintale, senzoriale, emoţionale, comportamentale sau a unor tulburări de atenţie, a unor influenţe sociale sau de mediu nefavorabile, chiar dacă şi aceste condiţii şi influenţe generează la rândul lor probleme în învăţare.

Altfel spus, dificultăţile de învăţare la copil pun în evidenţă o discrepanţă educativă semnificativă între potenţialul lor intelectual estimat şi nivelul performanţelor reale, discrepanţă care se poate asocia cu tulburări bazice în procesul de învăţare, dar care nu sunt consecinţa directă a deficienţelor mintale generalizate, a unor deficienţe senzoriale, a unor carenţe culturale sau educative sau a unor tulburări emoţionale severe.

Definiţia din legislaţia federală a SUA (1975, 1986), reconfirmată prin declaraţia Congresului Comitetului Naţional de Consiliere a Copiilor cu Handicap, menţionează:

> Dificultăţile de învăţare specifice reprezintă o tulburare a unuia sau mai multor procese psihice de bază implicate în înţelegerea sau folosirea limbii vorbite sau scrise care se manifestă într-o abilitate imperfectă de a asculta, gândi, vorbi, citi, scrie, pronunţa sau de a face calcule matematice. Termenul include situaţii ca deficienţe perceptuale, uşor retard mintal, mici disfuncţii cerebrale, dislexie, afazie, dar nu include situaţiile care presupun în principal deficienţe senzoriale, mintale, neuromotorii, tulburări emoţionale sau dezavantaje culturale şi economice.

S. Kirk defineşte dificultăţile de învăţare ca fiind o întârziere sau o tulburare specifică a unuia sau mai multor procese implicate în percepţie, limbaj, pronunţie, citire, comportament, scris sau calcul numeric.

Din punct de vedere psihologic, putem invoca o serie de carenţe structurale care afectează setul de aptitudini necesar achiziţionării şi utilizării funcţiilor instrumentale de bază din domeniul limbajului oral şi scris, al calculului aritmetic şi al competenţelor sociale. Având în vedere aceste premise, diagnosticul diferenţial al dificultăţilor de învăţare este extrem de dificil de stabilit, simptomatologia putând fi uşor asociată sau confundată cu cea întâlnită în intelectul de limită, pseudodebilitatea mintală, tulburări ale scris-cititului sau retardului intelectual apărut pe fondul slabei stimulări sau al mediului sociofamilial alterat.

Dificultăţile de învăţare sunt întâlnite frecvent în copilăria mică şi mijlocie, dar şi la adolescent şi adult. Ele apar în activitatea de rezolvare a sarcinilor de învăţare şi desemnează un comportament inadecvat, ineficient, inoperant, cu randament scăzut. Elevii cu dificultăţi de învăţare prezintă întârzieri semnificative faţă de nivelul obişnuit al achiziţiilor şcolare, în raport cu programa şi cu cadrul de referinţă constituit de majoritatea colegilor. Altfel spus, aceşti copii prezintă forme de dificultate intelectuală de tip şcolar care decurg din discordanţa existentă între nivelul intelectual şi performanţele şcolare, exprimate în însuşirea necorespunzătoare a cunoştinţelor prevăzute în programele şcolare, urmată de un retard şcolar. Aceste manifestări nu presupun, cu necesitate, existenţa unui retard mintal de natură endogenă sau exogenă, ele reprezentând, cel mai adesea, consecinţele unei insuficienţe mintale dobândite printr-o stimulare deficitară, fiind net diferenţiate de deficienţa mintală de structură, de organizare specifică, unde recuperarea are un caracter relativ. Copiii cu dificultăţi de învăţare sunt acceptaţi de colegii de şcoală, având potenţialul intelectual necesar pentru achiziţiile şcolare proiectate în raport cu nivelul de dezvoltare biopsihic. În pofida acestui potenţial, elevii înregistrează întârzieri cu mai mult de un an (dificultăţi uşoare) sau cu mai mult de doi ani (dificultăţi grave). Stabilirea dificultăţilor de învăţare se face prin evaluare pedagogică sumativă, bazată pe programele în care sunt incluse obiectivele învăţării şi standardele de performanţă.

În acest context trebuie subliniată încă o dată importanţa diagnosticului diferenţial, deoarece copilul cu dificultăţi în învăţare poate fi recuperat în totalitate în urma unui tratament medical şi psihopedagogic adecvat sau prin înlăturarea condiţiilor care au condus la instalarea retardului, comparativ cu un deficient mintal tipic, în cazul căruia prognosticul include şi o anumită doză de relativitate.

Sintetizând, putem spune că dificultăţile de învăţare se manifestă, cu predilecţie, în zona capacităţilor instrumentale: vorbit, scris, citit, calcul. Originea dificultăţilor de învăţare propriu-zise este plasată în:

- disfuncţii uşoare la nivel perceptiv şi psihomotor;
- tulburări ale schemei corporale şi lateralităţii;
- orientarea spaţio-temporală deficitară;
- deficitele de atenţie şi motivaţie;
- întârzierea în dezvoltarea limbajului (recepţie, înţelegere, pronunţie);
- lentoarea proceselor intelectuale (valoarea coeficientului de inteligenţă cuprinsă în intervalul 75-90).

În ultimele decenii au apărut mai multe teorii care încearcă să explice dificultăţile de învăţare şi să clasifice tipologia diversă a acestora. Cele mai importante teorii sunt:

teoria proceselor, teoria modelului *gestalt*-ist, teoria neuropsihologică şi, mai recent, teoria ecologică.

Teoria proceselor (S. Kirk şi colaboratorii, 1967) menţionează trei categorii de procese esenţiale care ar putea fi invocate în determinarea dificultăţilor de învăţare la copii : procesele de recepţie, procesele de organizare, procesele de expresie. Fiecare dintre aceste categorii de procese este structurată pe două niveluri : nivelul automatizării şi nivelul reprezentării (nivelul de conştienţă). Fiecare nivel, la rândul său, prezintă două canale de comunicare : canalul senzorial (cu două subcanale : vizual şi auditiv) şi canalul motor[1]. În practică, această teorie poate fi înţeleasă astfel :

a) în procesele de recepţie, la nivel de reprezentare identificăm aptitudinile psiholingvistice de înţelegere auditivă şi vizuală, precum şi conştientizarea lor tactil-kinestezică, iar la nivelul automatizării funcţionează aptitudinile psiholingvistice de recunoaştere şi discriminare a stimulilor auditivi şi vizuali, precum şi discriminarea lor tactilă şi motorie ;
b) în procesele de organizare, la nivelul de reprezentare identificăm aptitudini psiholingvistice de asociaţii auditiv-vizuale, iar la nivelul automatizării identificăm aptitudini psiholingvistice de integrare auditivă şi vizuală, dar şi de memorie secvenţială audiovizuală ;
c) în procesele de expresie, la nivelul de reprezentare identificăm aptitudinile psiholingvistice de expresie articulatorie şi fluiditate lexicală, iar la nivelul automatizării identificăm aptitudinile de execuţie biomecanică (motricitatea fonoarticulatorie) a actelor vorbirii.

În realitate, subcanalele auditiv, vizual şi motor sunt prezente într-o anumită proporţie conjuncturală, fără ca vreunul dintre ele să lipsească. Această teorie are un caracter practic şi oferă o paradigmă oarecum mecanicistă în sprijinul diagnosticienilor şi educatorilor, pentru o mai bună înţelegere a parametrilor specifici (procese, niveluri, canale) şi pentru o mai eficientă intervenţie în activităţile educativ-recuperatorii.

Teoria modelului gestalt-ist (Hovck şi Sherman, 1979 ; Winograd şi Smith, 1989) evidenţiază limitele perceptive în conturarea şi integrarea „*gestalt*-ului", adică a globalităţii modelelor mentale, logice (asemenea unui copil care, din diverse motive, nu reuşeşte să asambleze piesele disparate ale unui puzzle într-o imagine integrală), din cauza unor dificultăţi în : cunoaşterea semnificaţiei unui text sau mesaj, surprinderea ideii principale, asocierea cu experienţe informaţionale similare sau compatibile, interpretări pe marginea unui text, elaborarea de deducţii şi concluzii, emiterea de predicţii şi ipoteze etc. Comparativ cu teoria proceselor, această teorie evidenţiază şi importanţa imaginilor verbale, a memoriei, gândirii şi imaginaţiei care participă la înţelegerea elementelor de legătură din structura *gestalt*-ului.

Teoria neuropsihologică (Batchelor şi Dean, 1991) apreciază că manifestările din spectrul dificultăţilor de învăţare se situează convenţional în câmpul normalităţii sub forma unor „insule" de funcţionalitate inadecvată a structurilor neuropsihice ; acestea

1. Canalul motor este mai slab reprezentat în procesele de recepţie şi organizare, în timp ce în procesele de expresie canalul motor este dominant, mai ales în ceea ce priveşte motricitatea fonoarticulatorie, facială, oculară, manuală (cu relevanţă mare în actul scrierii), gestuală şi posturală.

pot să dispară un timp, să reapară episodic sau să aibă grade diferite de manifestare în funcţie şi de calitatea proceselor nervoase cerebrale din ariile învecinate. O altă explicaţie plasează dificultăţile de învăţare în extrema unui continuum de variaţie normală a funcţionării creierului uman la care nu se pot detecta anomalii neurosomatice propriu-zise, ci doar unele dezechilibrări funcţionale inexplicabile şi repetabile.

Teoria ecologică (Bartolli, 1990) exprimă o poziţie relativ recentă care pune accent pe calitatea factorilor din mediul de învăţare, respectarea cerinţelor educaţionale ale individului şi pe calitatea relaţiilor dintre actorii implicaţi în actul învăţării (relaţiile între elevi, relaţiile profesori – elevi etc.). Ecologiştii susţin că realitatea curentă determină şi produce din plin o învăţare activă şi funcţională, într-un veritabil ecosistem în interacţiune cu el însuşi, un ecosistem cognitiv, cultural, informaţional şi comunicaţional care tinde să se autoechilibreze, cu condiţia să nu intervină din afară, în mod brutal şi imperativ, factori de decizie arbitrari care să afecteze procesul educaţional şi de asimilare a cunoştinţelor şcolare.

8.2. Clasificarea şi etiologia dificultăţilor de învăţare

Dificultăţile de învăţare pot fi clasificate după mai multe criterii, mai mult sau mai puţin relevante, dar o clasificare sintetică incluzând toate subcategoriile şi subtipurile întâlnite în literatură se prezintă astfel:

1. *Dificultăţile de învăţare induse*:
   a) intrinsece: ţin de
      – acţional-procedurale (receptare pasivă, lipsa tehnicilor de învăţare);
      – organizaţionale (neeşalonarea învăţării, interferenţe în învăţare, autoevaluare subiectivă);
      – atitudinale (indiferenţă, dezinteres, negativism);
      – valorificate (precaritatea experienţei anterioare, lacune în învăţarea anterioară);
      – ocazionale (incidente, indispoziţii, prezenţa unor boli);
   b) extrinsece: factori externi
      – calitatea precară a instruirii/predării;
      – suprasolicitarea şcolară;
      – lipsa unui regim de activitate intelectuală;
      – nivelul cultural şi material scăzut în familii;
      – lipsa de interes din partea familiei pentru învăţarea şcolară;
      – lipsa colaborării familiei cu şcoala etc.
2. *Dificultăţile de învăţare propriu-zise*:
   a) după gradul de cuprindere:
      – generale;
      – specifice;
   b) după domeniul social afectat:
      – academice/şcolare;
      – socioprofesionale;
   c) după natură:
      – discronologii;
      – disimetrii cerebro-funcţionale;

- disadaptative (mai ales pentru mediul şcolar);
- carenţe ale limbajului şi comunicării (vorbire, scris, citit);
- carenţe în domeniul calculului aritmetic;

d) după obiectivări:
- verbale;
- nonverbale;

e) după simţul practic:
- de dezvoltare;
- de acumulare;
- de utilizare;
- de combinare;
- de valorificare;

f) după procesarea informaţiei:
- de *input* (perceptive – vizuale, auditive, temporal-ritmice, de atenţie, prin nediferenţiere);
- de integrare (de secvenţialitate, de abstractizare, de organizare);
- de retenţie (memorare de scurtă şi de lungă durată);
- de *output* / de expresie (de limbaj oral, scris, citit);
- de simţ matematic (calcul, raţionament, rezolvări de probleme);
- de expresie motrice (fină, generală).

Cauzele care determină în mod semnificativ apariţia dificultăţilor de învăţare la copii pot fi incluse în următoarele grupe (Mondero, 1990):

1. *Cauze biologice şi fiziologice*:
   - naşteri premature (aproximativ 70% dintre cazurile de copii născuţi prematur);
   - naşteri cu travaliu prelungit;
   - boli cronice sau contagioase care presupun o absenţă îndelungată de la şcoală;
   - probleme hormonale şi perturbarea proceselor biochimice la nivel neuronal;
   - probleme metabolice şi deficit de vitamine, calciu, magneziu etc.;
   - leziuni şi disfuncţii cerebrale minime;
   - disimetrii funcţionale în raport cu emisferele cerebrale specializate;
   - tulburări funcţionale ale sistemului limbic.
2. *Cauze psihologice*:
   - nivelul intelectual situat în zona intelectului de limită;
   - tulburări afective care induc copilului reacţii de opoziţie, de demisie, de refuz, de izolare, uşoare dezechilibre emoţionale;
   - tulburări de limbaj şi tulburări de schemă corporală, lateralitate, orientare, organizare şi structurare spaţio-temporală;
   - probleme de percepţie discrete şi greu de sesizat (insuficienţe discriminative între obiectul şi fondul percepţiei, constanţa formei, conservarea cantităţii, contrariere perceptivă etc.);
   - ritm lent şi inegal al dezvoltării psihice;
   - imaturitate psihică generală cu tendinţe de infantilism prelungit;
   - carenţe motivaţionale şi prezenţa complexelor de inferioritate;
   - timiditate excesivă, fobie şcolară, diminuarea aptitudinilor pentru şcolaritate etc.

3. *Cauze ambientale / de mediu*:
   a) cauze care provin din mediul şcolar:
   - organizarea deficitară a activităţilor de învăţare şi supradimensionarea conţinuturilor;
   - supraîncărcarea claselor şi afectarea comunicării optime între elevi şi profesor;
   - schimbarea frecventă a unităţii şcolare sau a profesorilor;
   - insuficienţe din partea personalului didactic – slabă pregătire psihopedagogică, lipsă de experienţă didactică, utilizarea unor metode de lucru neadecvate (abuz de metode verbale, lipsa materialului didactic, agresivitate verbală);
   - stresul şcolar prelungit;

   b) cauze care provin din mediul familial:
   - condiţii socioculturale şi materiale precare;
   - hiperprotecţie şi dirijism excesiv al copilului;
   - carenţe ale ambianţei familiale şi absenţa confortului afectiv al copilului;
   - familii dezorganizate sau climat familial tensionat;
   - exemple/modele negative din partea părinţilor sau a fraţilor mai mari, alcoolism, violenţă intrafamilială;
   - pedepsire excesivă, şocuri psihice, dispute intrafamiliale privind ierarhia şi controlul în fratrie;
   - dezinteres din partea părinţilor pentru pregătirea şcolară a copilului;
   - absenţa unor modele şi a sprijinului în situaţii de învăţare mai dificile;
   - comunicare precară sau inexistentă între părinţi, între părinţi şi copii;
   - familii dezorganizate sau reconstruite;
   - suprasolicitarea copilului la activităţile gospodăreşti şi organizarea neraţională a regimului de viaţă şi muncă al copilului;

   c) cauze sociale sau care ţin de comunitate:
   - neasigurarea pentru copii a condiţiilor de frecventare regulată a programului şcolar din pricina distanţelor prea mari dintre şcoală şi domiciliul copilului sau a altor condiţii specifice diferitelor localităţi;
   - sprijinul superficial sau absenţa sprijinului comunitar, prin servicii de asistenţă şi asigurări sociale, pentru familiile aflate în dificultăţi socioeconomice şi care nu-şi pot permite şcolarizarea copiilor;
   - condiţiile precare din unele şcoli datorate investiţiilor reduse promovate în unele zone;
   - fenomenul migraţiei, sărăcia, zone/cartiere cu risc ridicat pentru comportament antisocial, delincvenţă juvenilă, consum de stupefiante etc.;

   d) cauze relaţionale:
   - dificultăţi de comunicare (limbaj nedezvoltat, sărac, dezorganizat din cauza lipsei de stimulare; tulburări de articulaţie, ritm, fluenţă, voce, tulburări de relatare/evocare, lipsă de sociabilitate, introversiune accentuată, simptome din spectrul autistic etc.);
   - dificultăţi de integrare în grup (respingerea de către membrii grupului, marginalizarea, izolarea etc.).

4. *Cauze necunoscute* – acoperă aşa-numita sintagmă „etiologie neprecizată" sau „nediferenţiată", evidentă în unele cazuri de deficienţă mintală uşoară sau situată la limita normalităţii, în stări de cvasinormalitate pregnantă, când este foarte dificil de stabilit un sindrom bine definit.

În ultima vreme, în cercurile de specialitate se discută şi despre o serie de teorii şi ipoteze etiologice moderne care încearcă să înlăture suspiciunile asupra categoriilor etiologice neprecizate sau neprecizabile. Pe această direcţie se înscriu anumite teorii şi ipoteze, unele neverificabile încă, dar perfect verosimile, altele deja abordate şi parţial validate ştiinţific :

1. Discronologiile biopedagogice în funcţionarea organismului uman şi efectul lor în activitatea de învăţare – între ritmurile endogene şi cele exogene există în mod normal o sincronizare cu consecinţe şi efecte semnificative asupra evoluţiei şi activităţii individului (spre exemplu, perioada optimă de elaborare a unor funcţii, abilităţi, competenţe în conduita umană depinde uneori de o simplă secreţie endocrină, puternic cronoprogramată). Lipsa sincronizării se traduce frecvent în semne de oboseală, indispoziţie, plictiseală, scăderi de formă şi randament general diminuat (organismul uman, după un anumit interval de timp, se poate adapta, între anumite limite, la ritmuri relativ diferite, dar acest efort afectează într-o anumită măsură capacitatea de învăţare).
2. Disimetriile funcţionale rezultate din specializarea celor două emisfere cerebrale şi activitatea de învăţare – este cunoscut faptul că fiecare emisferă cerebrală este specializată, dar educaţia actuală nu valorifică şi nu stimulează suficient funcţiile emisferei drepte[1]; emisfera stângă fiind privilegiată din acest punct de vedere şi monopolizată în materie de educaţie şi valorizare socială. Altfel spus, un copil care prezintă mai multe abilităţi în activizarea şi utilizarea emisferei drepte este dezavantajat şi poate prezenta în timp unele tulburări de funcţionare asimilabile cu dificultăţile de învăţare (aşa s-ar putea explica unele cazuri de dislexo-disgrafie, aparent atipice, pe fondul absolutei normalităţi din rest).
3. Excesul funcţional al sistemului limbic în activitatea sistemului nervos central – prin conexiunile funcţionale interne (încă insuficient cunoscute) cu marile arii corticale, sistemul limbic (denumit şi „creierul cald" sau „creierul emoţional") are raporturi specifice, nu neapărat de subordonare neconvenţională faţă de cortex, prin care anumite stări emoţionale (frica, mânia, plăcerea, neplăcerea etc.) influenţează activitatea zonelor centrale. Sistemul limbic intervine frecvent în înregistrarea şi chiar conştientizarea succeselor şi eşecurilor sau în confruntarea rezultatelor obţinute cu cele aşteptate. Astfel, se poate înţelege că învăţarea, mai ales învăţarea şcolară, adesea pasibilă de eşecuri pasagere şi contextuale, are şi o serie de resorturi subcorticale capabile să „intelectualizeze", în parte, plăcerea/neplăcerea sau să iradieze, cu forţa neplăcerii sau a fricii, însuşi intelectul uman, cu toate consecinţele şi efectele ulterioare asupra individului.

Pentru a explica etiologia dificultăţilor de învăţare, au mai fost lansate şi alte ipoteze, insuficient verificate, dar care prezintă o doză destul de mare de credibilitate. Spre exemplu, unii specialiştii consideră dificultăţile de învăţare ca fiind o expresie cu totul aparte a unor uşoare deficienţe mintale, bine camuflate şi compensate de o inteligenţă socială care nu permite evidenţierea lor la evaluarea prin teste specifice. Alţii pun

1. E. Ross afirmă că „emisfera stângă este responsabilă de ce anume spunem, iar cea dreaptă, de cum anume spunem acel ceva ; cu alte cuvinte, la stânga fondul, la dreapta forma" (*apud* G. Racle, 1983, p. 30).

dificultăţile de învăţare pe seama unor tulburări prealabile de achiziţie cognitivă (greoaie şi inertă) sau pe seama unei reorganizări şi valorificări inadecvate a experienţei anterioare, vizibile în etapele când învăţarea devine mai complicată şi mai laborioasă.

În literatura de specialitate se dezbate raportul între tulburările specifice de învăţare şi dificultăţile de învăţare; ele sunt slab diferenţiate şi deseori confundate. Deosebirea dintre cele două noţiuni (*tulburare de învăţare* şi *dificultate de învăţare*) este greu de stabilit, din lipsa criteriilor exacte de evaluare a distanţei între potenţialul intelectual şi performanţele şcolare, precum şi din cauza criteriilor fluctuante folosite pentru determinarea întârzierilor şcolare. Diferenţierea va fi posibilă în situaţiile în care se vor aplica metode de evaluare dinamică a potenţialului de învăţare şi se vor găsi indicatori relevanţi ai caracteristicilor intrinsece, specifice elevului cu tulburări de învăţare (Szamosközi, 1977). Această estimare este necesară pentru proiectarea şi realizarea intervenţiei psihopedagogice destinate elevului care nu prezintă vreo deficienţă persistentă şi semnificativă (intelectuală, fizică sau senzorială), dar care întâmpină dificultăţi în planul învăţării şcolare, înregistrând o întârziere semnificativă a nivelului achiziţiilor.

Abordarea copilului cu dificultăţi de învăţare în şcoală este o problemă care se amplifică şi se permanentizează, iar varietatea acestor dificultăţi în ceea ce priveşte tipul, gradul şi particularităţile de manifestare de la un copil la altul nu permite o abordare generală, exhaustivă a fenomenului. Teoretic, această dilemă ar putea fi analizată din cel puţin trei perspective: bazal-conceptuală, factorial-determinativă şi formal-procedurală. În primul caz, accentul este pus pe abordarea procesuală (intervenţii acţional-stimulative şi terapeutic-recuperative), abordarea directă (construirea de programe educative individualizate axate pe dezvoltarea ariilor instrumentale din domeniul limbajului, citit-scrisului, calculului matematic, raţionamentului logic etc.) şi abordarea comportamental-pragmatică (de dată mai recentă, apărută în anii '90, şi bazată pe analiza comportamentului şi dezvoltarea unei noi conduite de învăţare, valorificând achiziţiile anterioare ale copilului).

Perspectiva factorial-determinativă are în vedere identificarea şi considerarea factorilor din şcoală, care depind sau nu de cadrul didactic, pentru a putea exercita control şi influenţe acolo unde situaţiile permit acest lucru. Experienţa practică demonstrează că o serie de factori sunt în afara controlului educatorului (nivelul scăzut al inteligenţei, disfuncţiile cerebrale minime, probleme ce ţin de ambianţa familială, distribuţia naturală a populaţiei), dar sunt şi o serie de factori aflaţi sub controlul educatorului (identificarea precoce a predispoziţiilor şi a dificultăţilor de învăţare, strategiile şi metodele didactice utilizate, organizarea procesului de învăţământ, valorificarea eficientă a timpului alocat învăţării, selecţia şi prezentarea sarcinilor de învăţare etc.). Perspectiva formal-procedurală are un caracter de concreteţe şi pragmatism accentuat, bazată în cele mai multe cazuri pe aplicarea unor algoritmi sau a unor paşi de intervenţie care se adaptează în raport cu tipul, stadiul şi anvergura dificultăţilor de învăţare, precum şi cu personalitatea copilului. Pentru exemplificare, în cazul dificultăţilor de învăţare a scris-cititului, alegerea rutei vizuale sau, dimpotrivă, a celei fonologice se face în funcţie de situaţia specifică a copilului dislexic şi disgrafic în traseul străbătut de acesta până în situaţia prezentă.

Profilaxia dificultăţilor de învăţare se înscrie şi ea pe linia destul de controversată a teoriilor explicative şi a etiologiei analizate până acum. Examinarea posibilităţilor de prevenire a dificultăţilor de învăţare este de cele mai multe ori un demers dificil şi hazardant, dar acest fapt nu trebuie să constituie argumente în favoarea indiferenţei sau

neglijării acestei realități. Dacă grupul cauzelor biofiziologice nu ne oferă prea multe motive de optimism, în schimb cauzele psihologice şi, mai ales, cele care ţin de mediu încurajează semnificativ speranţa şi efortul specialiştilor în prevenirea parţială a dificultăţilor de învăţare, fiind cauze controlabile într-o anumită măsură de adultul, părintele, educatorul sau specialistul din preajma copilului.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Prezentaţi principalele teorii care conturează şi definesc dificultăţile de învăţare.
- Analizaţi principalele categorii etiologice responsabile de apariţia dificultăţilor de învăţare.
- Prezentaţi principalele clasificări utilizate în cazul dificultăţilor de învăţare.
- Efectuaţi o analiză comparativă între dificultăţile de învăţare şi formele uşoare de deficienţă mintală.
- Care sunt aspectele specifice identificate în activităţile educaţionale cu elevii care prezintă dificultăţi de învăţare?

CAPITOLUL 9
Deficienţe asociate/multiple

9.1. Autismul[1] – tulburare de dezvoltare, relaţionare şi comunicare

Experienţa practică a identificat o categorie aparte de copii care prezintă dificultăţi de comunicare şi relaţionare cu cei din jur, instabilitate emoţională, asociate sau nu cu deficienţe de intelect, comportament stereotipic şi repetitiv, având relevanţă în desfăşurarea normală a activităţilor educative şi de socializare a acestor copii, mai ales în primii ani de viaţă. Conceptul de *autism infantil precoce* a fost lansat de Leo Kanner[2] în 1943 şi definit de A.S. Reber ca un *sindrom patologic, apărut în copilărie, caracterizat printr-o stare de înstrăinare/retragere, o lipsă de răspuns social şi/sau interes faţă de cei din jur, dificultăţi de comunicare şi de limbaj, imposibilitatea de a dezvolta un ataşament normal şi existenţa unor căi bizare de a răspunde la stimulii din mediul înconjurător*. Majoritatea autorilor consideră astăzi autismul infantil Kanner ca fiind o manifestare precoce a schizofreniei. În plus, diferenţa dintre autism, schizofrenie şi instabilitate emoţională este în special voalată de dificultăţile de comportament şi comunicare ce caracterizează indivizii instabili, schizofrenici şi autişti. În realitate, copiii autişti pot deveni instabili emoţional ca urmare a unei întârzieri în dezvoltarea socială, emoţională, şi de personalitate. Oricum, este important să recunoaştem că autismul este o tulburare, cu simptomele sale unice şi caracteristicile care o diferenţiază de retardarea mintală, instabilitatea emoţională, psihoză şi afazie.

În literatura de specialitate sunt făcute o serie de diferenţieri între termenul *autism*, descris de E. Bleuler, încă din 1911, şi reluat ulterior de E. Minkowski, H. Ey şi O. Binswanger – care considerau această tulburare un simptom secundar al schizofreniei, unde se observă o „predominanţă" a vieţii interioare şi detaşarea activă de lumea

1. În ultimii ani, varietatea simptomatologică şi diversitatea descrierilor tulburărilor asociate autismului au impus introducerea şi folosirea unui termen-„umbrelă" mai generos – *tulburări din spectrul autist* –, pentru a cuprinde toate sindroamele şi formele de manifestare a tulburărilor din această categorie, respectiv: sindromul Kanner, sindromul Asperger, sindromul Rett, sindromul Heller, autismul atipic.
2. În 1943, medicul Leo Kanner a descris pentru prima dată 11 copii care s-au prezentat la clinica sa cu o combinaţie de grave deficienţe de vorbire marcate de anormalităţi în interacţiunea socială şi o înclinaţie spre comportamente stereotipice, repetitive şi ritualistice. Aceşti 11 copii au fost primii copii diagnosticaţi cu autism infantil.

exterioară –, şi termenul *autism infantil* definit anterior. De asemenea, trebuie făcută diferenţierea între sindromul autismului infantil şi simptomul de autism care poate fi întâlnit în mai multe tulburări psihopatice şi care în unele situaţii, mai ales la copii, poate avea un caracter pasager (să nu uităm că literatura psihanalitică vorbeşte chiar despre parcurgerea fazei autistice, ca un moment important în conturarea personalităţii copilului). A. Maslow identifică un „autism agitat", în care subiectul încearcă, în plan imaginativ, experienţe care fie îl terorizează, fie îl aduc la extaz, şi un „autism calm", de tip contemplativ, în care subiectul se complace într-o situaţie idilică prin iluzionare sau prin autoconsolare. Această afecţiune este, de obicei, evidentă în jurul vârstei de 3 ani şi are o frecvenţă mai mare la băieţi decât la fete. Statisticile arată că aproximativ 5 persoane din 10.000 suferă de autism, indiferent de mediul social[1].

Cauzele care determină apariţia acestor tulburări nu sunt clar precizate, dar se presupune că poate exista fie o predispoziţie ereditară[2], fie un complex de factori care determină o serie de afecţiuni la nivelul creierului[3]. Se presupune şi existenţa unui

1. O estimare moderată a incidenţei autismului este de aproximativ 4-5/10.000 indivizi. Totuşi, estimările recente urcă până la 10/10.000. Dacă ar fi să facem o comparaţie, cea de-a doua rată, de 10/10.000, este aproximativ egală cu rata de naşteri a subiecţilor cu sindrom Down, cea mai cunoscută boală cromozomială. Diferenţa dintre ratele de predominanţă din diferite studii este cauzată în mare parte de faptul că, de-a lungul timpului, de la primele descrieri ale lui Kanner, criteriile de diagnosticare s-au schimbat, iar sistemul actual este mai larg decât sistemul de criterii utilizat anterior. De asemenea, autismul apare de 4 sau 5 ori mai des la băieţi decât la fete.
2. Studiul gemenilor a demonstrat că autismul care apare la ambii membri ai unei perechi identice de gemeni (adică gemenii monozigoţi care au 100% acelaşi material genetic) are o rată mai mare (peste 60%) decât cea de 3-5% a autismului care apare la ambii membri ai unei perechi de gemeni dizigoţi (care au doar 50% acelaşi material genetic). Concluzia acestor studii este că autismul are un determinism genetic şi e rezultatul interacţiunii mai multor gene. Studii genetice au încercat să descopere gena sau genele responsabile pentru cauzarea autismului în majoritatea cazurilor, dar, deşi unele zone ale genomului uman sunt considerate ca fiind loc de dezvoltare pentru gene „defecte", încă nu s-a identificat nici o genă care să joace un rol decisiv în apariţia autismului.
3. În urma câtorva studii neuropatologice realizate postmortem, s-a observat o dezvoltare atipică a structurilor nervoase în mai multe zone distincte ale creierului. În sistemul limbic, anormal de mic, au fost detectate celule dens împachetate, pe când în cerebel exista o descreştere a numărului de celule Purkinje. S-a observat şi o creştere substanţială a creierului, dar numai în anumite regiuni (ca, de exemplu, lobul temporal, parietal şi nucleii bazali). În contrast cu aceasta, corpul calos, o conductă fibroasă care leagă cele două emisfere ale creierului, a scăzut în mărime în partea de mijloc şi în cea posterioară. Creşterea masei creierului la indivizii autişti sugerează existenţa unei anormalităţi în dezvoltarea creierului (se produc prea multe celule nervoase, nu se elimină destul ţesut nervos prin procesul normal de eliminare a ţesutului nervos în perioada de dezvoltare sau există o supracreştere a ţesutului nonneuronal). Modul în care sunt distribuite anormalităţile în creierul individului autist, mod rezultat din studiul postmortem, este asemănător cu teoriile neuropsihologice care sugerează că anormalităţile creierului persoanei cu autism nu pot fi localizate doar într-o singură structură a acestuia (unele anormalităţi sunt asemănătoare cu cele care apar la un adult în cazul unei congestii cerebrale) ; astfel, o singură anomalie timpurie apărută în procesul de dezvoltare a creierului în autism poate afecta mai multe structuri şi zone ale acestuia. Alte studii au arătat că există anormalităţi în concentraţia unor substanţe chimice identificate în creier. Cea mai importantă descoperire din ultimii 25 de ani în cercetarea autismului a fost concentraţia crescută de serotonină descoperită la o treime din indivizii autişti şi faptul că, la unii dintre aceştia, în urma administrării unor medicamente care inhibă serotonina, s-a ameliorat în mod semnificativ comportamentul. Alte studii mai recente privind patogeneza autismului şi-au îndreptat atenţia spre anumite deficite imunologice care, corelate cu concentraţia anormală a unor substanţe chimice din creier (serotonina), pot avea un rol important în dezvoltarea anormală a creierului persoanei cu autism.

determinism de natură psihogenă, mai ales la copiii lipsiţi de confortul afectiv în primii ani de viaţă, ca o reacţie la atitudinea şi comportamentul părinţilor faţă de nevoile lor. De asemenea, literatura de specialitate menţionează în explicarea autismului şi aşa-numita teorie comportamentală. Această teorie consideră că respectivul sindrom comportamental care influenţează toate sferele personalităţii subiectului (afectivă, cognitivă, acţională, volitivă, motivaţională, limbajul etc.) apare ca urmare a unui şir de comportamente învăţate şi care se formează în urma unor serii de recompense şi situaţii, aparent întâmplătoare. Cercetările efectuate nu permit încă o departajare clară între originea organică şi cea psihogenă a autismului, ambele fiind valabile datorită imposibilităţii de diferenţiere în perioada primilor ani de viaţă între componenta somatică şi cea psihică.

Unele studii neuropsihologice au căutat să explice deficitele cognitive fundamentale care se află dincolo de anormalităţile comportamentale observate în cazul acestei tulburări. Astfel, trei dintre cele mai importante teorii presupun că există deficite cognitive fundamentale în funcţiile executive, coerenţa centrală şi elaborarea unei opinii de către persoana cu autism.

Pentru examinarea funcţiilor executive[1] s-au utilizat unele probe neuropsihologice (spre exemplu, Turnurile din Hanoi, sortarea Wisconsin a cărţilor de joc) care au evidenţiat unele anormalităţi în desfăşurarea proceselor cognitive. Astfel, s-a ajuns la concluzia că dificultăţile manifestate de persoana cu autism în capacitatea de a trece de la o sarcină la alta justifică acel comportament ritualistic-repetitiv observat în autism şi care reprezintă caracteristica definitorie a acestei tulburări. O a doua teorie neuropsihologică susţine că persoanele autiste au o slabă coerenţă centrală; argumentul în susţinerea acestei teorii este faptul că persoanele cu autism nu pot deosebi tipare, modele sau stimuli într-un context cu un anumit înţeles, spre deosebire de persoanele care nu au această tulburare. Acest deficit poate însemna limitare în procesarea unor evenimente sau stimuli importanţi, dar poate servi la creşterea performanţei unui individ autist de a procesa stimuli întâmplători, observaţie întâlnită în mai multe studii (de exemplu, într-un studiu, subiecţii cu autism au dovedit că au o capacitate relativ dezvoltată de a-şi aminti cuvinte întâmplătoare, fără sens, dar au avut rezultate nesatisfăcătoare de a-şi aminti propoziţii cu înţeles). O a treia teorie sugerează că indivizii autişti au un deficit în a elabora o părere despre sine sau o opinie despre starea mintală internă a celor din jur, cum ar fi dorinţele şi credinţele lor. Acest deficit este observabil atunci când unui subiect cu autism i se solicită să prevadă comportamentul altei persoane după ce s-a luat în considerare posibilitatea ca informaţia dată acelei persoane să fie falsă sau ca individul să aibă o reacţie diferită[2]. Deşi toate aceste trei teorii au încercat să explice caracteristicile comportamentale şi cognitive ale autismului, nu există un model unic care să poată explica toate caracteristicile tuturor indivizilor (de exemplu, chiar dacă teoria deficitului

1. „Funcţii executive” este o sintagmă care acoperă o largă zonă de procese cognitive superioare, cum ar fi: capacitatea de a se desprinde de context, inhibarea unor răspunsuri nepotrivite, planificarea, îndeplinirea unei sarcini, schimbarea sarcinilor şi monitorizarea lor etc.
2. Un astfel de exemplu este ilustrat de nereuşita copiilor autişti în următorul test: subiectului i se cere să prevadă dacă o persoană ar mai căuta un anumit obiect care a fost mutat de la locul său iniţial (din punctul A în punctul B) în timpul cât persoana a lipsit din încăpere. Copilul autist nu e capabil să ia în considerare faptul că persoana respectivă nu poate şti că obiectul a fost mutat întrucât era absentă la această mutare; în consecinţă, va răspunde că persoana va căuta obiectul în noua locaţie (respectiv în punctul B).

în crearea unei opinii explică deficitul social observat în autism, ea nu explică suficient comportamentul ritualistic-repetitiv sau retardarea mintală care e prezentă la un număr mare din cazuri). Cert este că, pentru antrenarea funcţiilor cognitive şi a capacităţii de relaţionare cu cei din jur, copilul trebuie să fie stimulat şi să exerseze o diversitate de experienţe senzorio-afective cu adultul, şi în special cu mama.

Autismul infantil reprezintă un factor important al nereuşitei sau al inadaptării şcolare şi desemnează, în accepţiunea lui E. Bleuler, o trăsătură psihoafectivă particulară, caracterizată prin profunda interiorizare a ideilor şi a sentimentelor proprii. Această repliere totală asupra propriei lumi subiective este însoţită de o gândire necritică, egocentrică (ruptă de realitate şi dominată de fantezie şi reverie), care debutează de obicei precoce (aproximativ la vârsta de 2-3 ani) ; copilul refuză contactul cu persoanele şi situaţiile externe, refugiindu-se în lumea sa lăuntrică în care îşi satisface dorinţele în plan imaginar, prin fantasme care, în cazuri extreme, culminează cu realizarea unui delir determinat de o serie de halucinaţii. Copilul autist poate fi recunoscut după această indiferenţă faţă de lumea exterioară şi rezistenţa sa la orice schimbare. Pierdut în activităţile sale stereotipe, copilul autist evoluează într-un univers privat[1], cu repere stricte. Sunt cunoscute, în acest sens, reacţiile bizare ale copilului autist, care repetă invariabil aceleaşi jocuri simple sau mişcări (de exemplu, se leagănă sau se balansează continuu de pe un picior pe altul, pronunţă acelaşi cuvânt de nenumărate ori etc.). Această îndepărtare de realitate şi refugierea în sine a copilului autist fac imposibilă realizarea unui demers educativ coerent şi de durată, specific mediilor şcolare normale, astfel că, în absenţa achiziţiilor intelectuale sistematice, copilul evoluează treptat spre o situaţie deficitară gravă şi ireversibilă (demenţă infantilă). Copiii autişti creează impresia că suferă în primul rând din cauza unor profunde tulburări la nivel central, adică distrugerea selectivă a funcţiunilor cognitive şi/sau perceptive, cu consecinţe manifestate prin impedimente în dezvoltarea senzorio-motorie, cognitivă, socială şi a limbajului, toate acestea reducând posibilitatea de a înţelege, comunica, învăţa şi participa la relaţiile sociale.

O formă particulară de autism este *Sindromul Asperger*, care constă într-o hiperactivitate intelectuală dublată de o trăire emoţională redusă care apare la copilul mai mare de trei ani, accentuându-se în primii ani de şcoală. Manifestarea mai tardivă şi păstrarea nealterată a funcţiei de comunicare îl fac să se deosebească esenţial de autismul descris de Kanner, având un prognostic mult mai bun decât acesta. Specifice subiecţilor cu sindrom Asperger sunt lipsa intuiţiei şi a posibilităţii de folosire şi valorificare a experienţei de viaţă anterioare, deteriorarea susţinută şi severă în interacţiunea socială şi dezvoltarea unor patternuri repetitive, restrânse în comportament şi activităţi, cu efecte semnificative din punct de vedere clinic în domeniile social, profesional şi familial.

Autismul se poate manifesta cu intensitate diferită, de la simptome uşoare la forme mai grave, care pot afecta întreaga existenţă a individului. În realitate, spectrul autismului

---

1. Un copil cu autism manifestă adesea reacţii şi comportamente aparent ciudate ; de exemplu, poate fi interesat de memorarea unor fotografii şi cuvinte, poate citi la o vârstă fragedă şi, în acelaşi timp, poate fi deficitar la relaţionarea şi contactul social cu colegii săi. Majoritatea copiilor cu autism sunt atraşi în mod natural de lumina şi sunetele calculatorului ; copii foarte mici, de 2-3 ani şi chiar mai mici, sunt capabili să interacţioneze cu calculatorul prin intermediul unui *touch screen* (dispozitiv digital care permite copiilor să navigheze printr-un program atingând direct ecranul monitorului).

poate include o mare varietate de manifestări distribuite între două extreme; astfel, la una dintre extreme, un copil poate părea aproape normal şi poate avea doar puţine trăsături autiste (ar putea, de exemplu, să fie un copil liniştit în clasă, cu puţini prieteni sau fără nici unul şi cu câteva obiceiuri ciudate; ar putea nici să nu fie diagnosticat ca autist decât mult mai târziu în viaţă). La extrema cealaltă, un copil ar putea prezenta într-o formă accentuată simptomele autismului, cu mari dificultăţi în relaţionarea şi comunicarea cu cei din jur. De asemenea, unele persoane pot avea simptome pe care altele nu le au, iar unele dintre acele simptome pot avea, la acelaşi individ, intensităţi diferite. Indivizii cu tulburare autistă pot avea o gamă largă de simptome comportamentale care includ hiperactivitatea, reducerea volumului atenţiei, impulsivitatea, agresivitatea, comportamente autodistructive şi, în special la copiii mici, accesele de furie. În adolescenţă sau la începutul vieţii adulte, indivizii cu tulburare autistă, care au capacitatea intelectuală pentru a conştientiza tulburarea, pot deveni depresivi ca răspuns la faptul că realizează gravitatea afecţiunii.

Simptomatologia de bază include:

a) *dificultate în comunicare* – limbajul vorbit se dezvoltă de obicei greu sau deloc, cuvintele fiind adesea folosite necorespunzător; e posibil ca persoana afectată să folosească mai mult gesturi decât cuvinte (sau alte moduri de comunicare nonverbală); există tendinţa subiectului de a repeta cuvinte şi fraze (spre exemplu, unii pot repeta fără greşeală ştirile auzite la televizor) şi imposibilitatea de a-şi concentra atenţia şi de a fi coerent;
b) *lipsă de sociabilitate* – o persoană care suferă de autism, de obicei, nu este prea interesată în a avea relaţii cu alţii; se poate ca pesoana să nu răspundă cu plăcere la solicitările celor din jur şi să nu îşi privească în ochi interlocutorul; un bolnav de autism petrece mult timp singur şi nu depune prea mult efort în a-şi face prieteni (unii subiecţi se izolează, refuzând să schimbe mediul în care trăiesc);
c) *simţuri diminuate sau prea dezvoltate* – unii subiecţi cu autism abia dacă răspund la stimulii principalilor analizatori (spre exemplu, se poate ca un copil autist să nu plângă dacă se loveşte), alţii pot avea simţuri foarte dezvoltate (de pildă, un individ cu autism poate auzi un zgomot după care să-şi acopere urechile pentru mult timp); e posibil ca un copil cu autism să nu fie interesat să intre în joc cu alţii (evită copiii şi chiar animalele) sau să nu fie capabil să intre într-un joc bazat pe imaginaţie;
d) *excese în comportament* – persoana care suferă de autism poate avea reacţii exagerate sau poate fi extrem de pasivă, putând trece de la o extremă la alta; unele persoane arată un interes obsesiv pentru un lucru (un obiect sclipitor sau care se roteşte, de exemplu) sau o activitate (răsfoitul unei cărţi sau reviste), altele fac mişcări repetate ale corpului, cum ar fi bătăile din palme, balansarea corpului înainte şi înapoi, a capului (stereotipii); aceşti copii pot fi agresivi cu ei înşişi şi/sau cu alţii, putând chiar avea crize (de epilepsie, în unele cazuri) şi depresii.

Conform *DSM-IV* (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder*), pentru a se stabili un diagnostic de autism, subiectul trebuie să manifeste:

a) o scădere în interacţiunea socială manifestată sub forma a cel puţin două dintre următoarele aspecte:
   – impedimente marcante în utilizarea unor comportamente nonverbale cum ar fi privitul ochi în ochi, expresiile faciale, poziţiile corpului, lipsa anumitor gesturi folosite în mod uzual în interacţiunea socială etc.;

- deficienţe în dezvoltarea unor relaţii umane apropiate de nivelul de dezvoltare mintală ;
- lipsă a spontaneităţii în a exprima bucuria, interesul sau reuşitele împreună cu alte persoane (de exemplu, lipsă în a reuşi să aducă, să arate cu degetul obiectele de interes sau să înţeleagă obiectele arătate cu degetul la diferite distanţe) ;
- lipsa unor trăiri emotive sau sociale de reciprocitate (de exemplu, de a arăta compasiune sau de a se simţi afectat faţă de cineva aflat în suferinţă) ;

b) o scădere în comunicare, manifestată sub forma a cel puţin unuia dintre următoarele aspecte :
- întârzierea sau lipsa totală a limbajului verbal (fără a fi însoţită de încercarea de a compensa această lipsă prin moduri alternative de comunicare, cum ar fi gesturile sau mimarea) ;
- la indivizii cu un limbaj adecvat apare un impediment în abilitatea de a iniţia sau susţine o conversaţie cu ceilalţi ;
- limbaj stereotipic şi repetitiv ;
- lipsa înţelegerii şi a practicării unor jocuri social-imitative sau a unor jocuri variate şi spontane referitoare la orice condiţii abstracte (de exemplu, imposibilitatea de a lua o banană şi a o folosi pe post de microfon) ;

c) comportamente, interese şi activităţi reduse, repetitive şi stereotipice, manifestate sub forma a cel puţin unuia dintre următoarele aspecte :
- interes redus şi anormal în intensitate sau concentrare ;
- aderenţa aparent inflexibilă pentru un ritual specific şi nefuncţional, preocupare nefirească pentru una sau mai multe activităţi stereotipice şi puţine la număr, precum şi concentrarea nefirească asupra unui subiect care nu necesită acest efort (de exemplu, învârtirea unei roţi de maşină de jucărie un timp îndelungat cu foarte mare concentrare), lipsa aparentă de interes pentru anumite activităţi care par strict nefuncţionale sau social rituale (de exemplu, nu înţelege de ce oamenii îşi dau mâna când se întâlnesc sau motivaţia spălatului pe dinţi) ;
- maniere stereotipice sau repetitive (de exemplu, fâlfâirea sau răsucirea mâinii sau a degetului, mişcări complexe ale întregului corp) ;
- preocupări insistente pentru părţi ale obiectelor (de exemplu, preocupare foarte mare nu pentru ceea ce este un instrument de scris sau pentru cum arată, ci doar pentru peniţa sau capătul minei, pe care îl studiază ore în şir).

d) întârzieri sau funcţionări anormale în unul dintre următoarele domenii :
- interacţiune socială ;
- limbaj asemănător cu cel din comunicarea socială ;
- joc simbolic sau abstract-imaginativ ;

e) simptomele apărute înaintea vârstei de 3 ani : simptomele autismului pot dura pe tot parcursul vieţii, însă, deseori, pot fi ameliorate prin intervenţii corespunzătoare şi prin tratament adecvat. O persoană care are simptome de autism trebuie examinată de o echipă de specialişti care trebuie să includă un pedopsihiatru, un psiholog, un neurolog, un logoped şi un psihopedagog specialist în probleme de educaţie. Sunt necesare şi alte analize, cum ar fi : analiza sângelui, scanare TC (tomograf computer) a creierului, scanare RMN (rezonanţă magnetică nucleară) a creierului, electroencefalograma.

Comportamentul caracteristic al copiilor autişti este unul atipic, bazat pe următoarele caracteristici principale :
- lipsa de comunicare sau comunicare foarte grea şi rară ;
- absenţa vocalelor în pronunţie ;
- limbajul dezvoltat foarte târziu ;
- fenomenul de ecolalie – repetă mecanic cuvintele auzite la cei din jur (acest fenomen poate să apară şi în forma ecolaliei târzii, când copiii în cauză repetă cuvintele auzite la cei din jur cu ceva timp în urmă) ;
- lipsa contactului vizual ;
- lipsa atenţiei şi a receptivităţii, manifestată prin lipsa răspunsului la întrebările celorlalţi ;
- tendinţa de a-i considera pe cei din jur ca fiind simple obiecte ;
- preocuparea în special pentru membrele superioare şi preferinţa de a se deplasa mai mult pe vârfuri ;
- reacţii violente la anumite sunete care le displac ;
- refuzul de a atinge anumite texturi ;
- refuzul de a fi atinşi ;
- comportament extrem de leneş sau extrem de nervos ;
- neplăcere manifestată violent la anumite alimente ;
- comportament agresiv cu cei din jur ;
- dezinteres pentru orice tip de jucărie ;
- dorinţa de a imita modele de comportament pe care le-au mai văzut ;
- dorinţa de a păstra lucrurile într-un anumit tipar ;
- comportament repetitiv şi tendinţe de autoflagelare ;
- prezenţa unor domenii în care dezvoltă abilităţi extraordinare : desen, muzică, memorare, abilităţi matematice ;
- anumite semne clinice care fac parte din tabloul simptomatologic al autiştilor (este vorba despre sinestezie, anormalităţi la nivelul creierului observate la examenele RMN şi un nivel crescut al secreţiei de serotonină în creier).

Specialiştii au încercat crearea unor instrumente/probe care să poată diagnostica din timp prezenta tulburărilor din spectrul autist ; *The Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) este un instrument utilizat de către medici pentru depistarea autismului la copiii de 18 luni ; *The Autism Diagnostic Interview* (ADI) şi algoritmul de diagnosticare care îl acompaniază pot stabili prezenţa autismului la copiii în vârstă de 2 ani.

Având în vedere simptomatologia şi posibilităţile de investigare a autismului, din punct de vedere psihopedagogic se pot desprinde următoarele caracteristici ale copilului autist :
- perturbarea relaţiilor cu mediul înconjurător : nu stabileşte contact vizual, nu se lasă luat în braţe ; absenţa contactelor afective (inclusiv cu mama, pe care o evită sau o ignoră), absenţa concordanţei afectelor (copilul zâmbeşte spontan fără să transmită nimic sau afişează un zâmbet rece) ;
- preferinţă mai mare pentru stimulii tactili şi olfactivi decât pentru stimulii vizuali şi auditivi, atenţie deosebită pentru mediul neanimat, absenţa fricii în faţa pericolelor reale, interes obsesiv pentru stimuli identici şi imuabili ;
- lipsa identităţii personale : nu se identifică pe sine, tendinţa de izolare, absenţa jocului autentic, preocuparea pentru jocuri ciudate, activităţi stereotipice rituale, lipsă de inhibiţie în comportamentul general ;

- mişcări ritmice de pendulare a capului, rotirea în jurul axului propriu, stări de anxietate extremă, aparent ilogică: control corporal scăzut în contexte specifice;
- deficienţe în vorbire, vorbire întârziată, stereotipii verbale, ecolalie, repetarea unor vocale sau consoane în pronunţarea unui cuvânt, utilizarea frecventă a substantivelor, numelor proprii, imperativelor şi evitarea folosirii pronumelor sau utilizarea inversiunii pronominale datorită confuziei dintre Eu şi non-Eu;
- întârziere în dezvoltarea psihică, rigiditate în gândire şi acţiune, coeficientul de inteligenţă la limită sau uşor sub medie (dificultate în apreciere din cauza dezinteresului la examenul psihologic şi contactului scăzut cu cei din jur), evidenţierea unor „insule de inteligenţă” la executarea unor sarcini sau activităţi, incapacitate de generalizare a cunoştinţelor învăţate, dificultate în perceperea secvenţialităţii, dificultăţi specifice în rezolvarea de probleme;
- rezistenţă patologică la schimbare, exprimarea puternică şi susţinută a unor manierisme (ca moduri de comportare, şi nu ca ticuri), rezistenţă la orice învăţare, ataşament anormal faţă de unele obiecte.

În anul 1961, Creak prezintă nouă puncte definitorii în diagnosticarea autismului:
- existenţa unor bariere accentuate şi constante în relaţiile emoţionale cu cei din jur;
- aparenta lipsă de voinţă în structurarea propriei identităţi;
- preocupare patologică faţă de anumite obiecte sau caracteristici ale acestora, dar fără preocupare faţă de funcţionalitatea lor;
- rezistenţă accentuată la schimbările mediului său de viaţă şi preocupare exagerată pentru refacerea şi conservarea caracteristicilor iniţiale ale mediului respectiv;
- experienţă perceptuală anormală (fără existenţa unor tulburări de natură organică);
- anxietate acută, excesivă şi aparent ilogică;
- vorbirea poate fi pierdută sau neînsuşită sau poate degenera până la un nivel specific copilului mic;
- evidenţierea unor distorsiuni în modelele de mobilitate care i-au fost oferite;
- evidenţierea unor „insule” de funcţii intelectuale normale, aparent normale sau excepţionale, pe un fundal de retardare mintală[1].

Aşa cum am mai menţionat, diagnosticul autismului infantil este foarte dificil de stabilit, în fixarea lui fiind interesate şi simptome specifice altor categorii patologice (deficitul de intelect, mutismul, tulburările de auz, schizofrenia infantilă etc.). Kanner consideră că aceşti copii prezintă o incapacitate înnăscută de a nu fi în măsură să stabilească relaţii afective cu cei din jur. Tulburarea autistă trebuie diferenţiată de alte

1. Aproximativ 75% dintre subiecţii cu autism au abilităţi intelectuale în zona retardării mintale (respectiv un IQ mai mic de 70). Prezenţa unei deficienţe mintale severe (de exemplu, un IQ mai mic de 35) îngreuiază deseori diagnosticarea autismului din cauza numărului limitat de activităţi/comportamente şi abilităţi care sunt necesare în observarea tulburării. Pe lângă dificultăţile în interpretarea rezultatelor testelor de inteligenţă se adaugă şi faptul că subiecţii autişti demonstrează frecvent un model de abilităţi dispersate pe parcursul unor teste standardizate (de exemplu, o discrepanţă între IQ verbal şi cel nonverbal) sau un limbaj limitat ori chiar lipsa lui definitivă. Deşi un număr de studii şi cercetări au demonstrat punctele tari (de exemplu, decodarea mesajelor) şi slăbiciunile caracteristice (de exemplu, înţelegere, gândire abstractă deficitare), totuşi nu există nici un tipar care să poată fi observat la toţi subiecţii autişti şi nici anumite deficienţe neuropsihice.

tulburări de dezvoltare[1]; spre exemplu, tulburarea Rett (deficite specifice multiple care apar după o perioadă de dezvoltare şi evoluţie normală după naştere) diferă de tulburarea autistă prin rata apartenenţei sexuale şi patternul de deficite caracteristice – tulburarea Rett a fost diagnosticată numai la persoanele de sex feminin, pe când tulburarea autistă survine mult mai frecvent la persoanele de sex masculin. De asemenea, în special în perioada preşcolară, indivizii cu tulburare Rett pot prezenta dificultăţi în interacţiunea socială, similare celor observate în tulburarea autistă, dar acestea tind să prezinte un caracter tranzitoriu. Tulburarea autistă diferă de tulburarea infantilă dezintegrativă, care are un pattern distinct de regresiune a dezvoltării, aceasta survenind după cel puţin 2 ani de dezvoltare normală; în tulburarea autistă, anomaliile de dezvoltare sunt sesizate de regulă încă din primul an de viaţă. Când nu sunt disponibile informaţii despre dezvoltarea precoce sau când nu este posibilă documentarea referitoare la perioada de dezvoltare normală, se stabileşte diagnosticul de tulburare autistă. Tulburarea Asperger poate fi distinsă de tulburarea autistă prin lipsa întârzierii în dezvoltarea limbajului; tulburarea Asperger nu este diagnosticată dacă sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea autistă. Uneori este dificil de precizat dacă un diagnostic adiţional de tulburare autistă este justificat la un individ cu deficienţă mintală, în special dacă deficienţa mintală este severă sau profundă. Un diagnostic adiţional de tulburare autistă este rezervat pentru acele situaţii în care există deficite calitative în aptitudinile de comunicare şi sociale, iar comportamentele specifice, caracteristice tulburării autiste, sunt prezente.

Există metode de tratament şi educaţie extrem de variate şi de bine documentate pentru copiii cu autism. Spre exemplu, aceştia învaţă foarte uşor pe cale vizuală, motiv pentru care educatorii folosesc imagini intuitive şi alte elemente vizuale în procesul educaţional. Un element extrem de important în procesul de educaţie a copiilor cu autism este faptul că aceştia nu dispun de capacitatea de a generaliza; astfel, se va încerca crearea unui microunivers real din care copiii să înveţe anumite situaţii care sunt valabile şi în societate. Asimilarea informaţiilor în cadrul unui univers artificial nu aduce cu sine acele tipare pe care autiştii să se bazeze şi să le pună în aplicare în societate, după ce le-au deprins. Materialele folosite pentru copiii cu dificultăţi de învăţare care asimilează informaţia pe cale vizuală ajută de foarte multe ori (în acest sens, educatorii folosesc materiale concrete, palpabile – materialele Montessori, exploatând foarte mult simţul tactil).

Pe baza unor cercetări în domeniu, s-a observat că elevii cu autism s-au descurcat mult mai bine când erau incluşi în clase normale decât elevii cu autism care învăţau în clase speciale, alături de copii cu aceeaşi problemă, cărora li se crease un mediu special de învăţare – din acest studiu s-a născut ideea integrării lor în şcoli normale. Principalul argument favorabil pentru teoria integrării este faptul că aceşti copii cu autism vor avea

---

1. De la prima descriere a autismului făcută de Kanner, s-au observat alte afecţiuni care sunt similare cu autismul, dar diferă în prezentare. Împreună cu autismul, aceste tulburări (sindromul Rett, sindromul Asperger, dezvoltarea pervazivă, *childhood disintegrative disorder* etc.) sunt categorisite sub numele de tulburări pervazive de dezvoltare (PDD – *pervasive developmental disorders*). *Childhood disintegrative disorder*, tulburarea infantilă dezintegrtivă, este diagnosticată la copii de cel puţin 2 ani, după o dezvoltare aparent normală şi care au o regresie marcantă; ulterior manifestând comportamentul asociat autismului. În cazul copiilor cu această tulburare este foarte important să se excludă orice altă afecţiune care poate fi identificată (de exemplu, *metachromatic leucodystrophy*, *leucodistrofia metacromatică*) şi care ar putea fi cauza simptomelor manifestate.

în faţa lor modele mult mai bune de urmat, crescând posibilitatea lor de interacţiune socială. Argumentele împotrivă se bazează pe ideea unei posibilităţi reduse de antrenament social, precum şi a unui control mult mai strict asupra structurii şi factorilor de bază din viaţa socială a copilului autist.

Noile cercetări arată că intervenţia timpurie în modul de comportare al subiectului poate avea un rol important în tratamentul autismului (se încearcă să se identifice care aspecte ale intervenţiei timpurii asupra comportamentului sunt mai importante şi care dintre subiecţii cu autism ar putea beneficia cel mai bine de aceste intervenţii). De asemenea, experienţa practică demonstrează că terapia autismului se bazează în primul rând pe educaţie[1]. Scenariul terapeutic trebuie adaptat fiecărei persoane în parte, în funcţie de simptome şi nevoi, deoarece fiecare autist prezintă particularităţi proprii. Tratamentul poate include :

- terapie comportamentală – pentru a ajuta persoana să se adapteze condiţiilor sale de viaţă şi să aibă un anumit grad de autonomie personală (să se îmbrace singură, să mănânce singură, să folosească toaleta etc.) ;
- educaţie specială – în cazul copiilor autişti, presupune învăţarea, dezvoltarea aptitudinilor sociale, motorii, în locuri publice sau semiinstituţionalizate (centre de zi specializate), separarea totală sau integrarea parţială într-un mediu cu copii obişnuiţi ;
- programe de integrare şi socializare care să ajute subiectul să se adapteze lumii înconjurătoare pe cât posibil (socializarea) ;
- asigurarea unui mediu organizat de viaţă (este foarte important să urmeze o rutină a activităţilor zilnice) ;
- terapie audiovizuală pentru a-l ajuta în comunicare (pentru persoanele cu autism la care comunicarea verbală este absentă, se vor căuta metode alternative de comunicare, cum ar fi comunicarea nonverbală : gesturi, imagini etc.) ;
- controlarea regimului alimentar (spre exemplu, s-a constatat că unii dintre ei mănâncă foarte multă pâine) şi administrarea de vitamine şi minerale în diferite doze/cantităţi care au efecte favorabile asupra evoluţiei copilului ;
- farmacoterapie – în funcţie de simptomatologie, medicul pedopsihiatru poate recomanda utilizarea unor medicamente care să diminueze hiperactivitatea şi/sau care să elimine simptomele de agresiune sau depresie ;
- terapie fizică pentru a-l ajuta să-şi controleze stereotipiile (spre exemplu, multora le place foarte mult apa şi unii înoată foarte bine) ;
- terapia limbajului prin activităţi logopedice.

Terapia de fiecare zi[2] este o metodă apărută şi dezvoltată în Japonia, dar folosită şi în SUA ; ea include elemente des întâlnite în educaţia copiilor autişti, dar acordă o deosebită

1. Este important de ştiut faptul că, fără nici un fel de terapie sau intervenţie, un copil cu autism va „absorbi" mult mai puţină informaţie şi mai puţine cunoştinţe din mediul înconjurător decât un copil obişnuit. Un copil obişnuit începe să vorbească între 1,5 şi 2 ani, aproape fără nici un ajutor din partea părinţilor sau altor persoane, învaţă în jur de 6 cuvinte noi pe zi şi are un vocabular pasiv de aproximativ 10.000 de cuvinte în jurul vârstei de 6-7 ani. Un copil cu autism poate ajunge să vorbească mult mai târziu şi va avea un limbaj sărac şi abilităţi sociale reduse, dacă nu beneficiază de un program terapeutic adecvat. Cel puţin într-o primă fază, copilului trebuie să i se asigure posibilitatea achiziţionării unor cunoştinţe de bază şi a unor deprinderi fundamentale, adică să înveţe vorbirea, limbajul şi comportamentul potrivit vârstei.
2. Principala şcoală care a folosit această metodă este Şcoala Higashi, deschisă la Tokyo în 1964. O şcoală funcţionând pe aceleaşi principii a fost deschisă şi în Boston, în 1987.

atenţie exerciţiului fizic (se spune că în anumite cazuri a dat rezultate extraordinare, procentajul de recuperare fiind de peste 80%).

Picture exchange communication system este o metodă de comunicare prin care copiii autişti sunt învăţaţi să ofere o fotografie a obiectului pe care-l doresc în schimbul acelui obiect. A fost iniţiată de Andrew Bondy şi Lori Frost în cadrul programului pentru autişti Delaware. Este considerată o metodă de dezvoltare a abilităţilor de comunicare.

Meyer Johnson pictures, fotografiile Meyer Johnson, constituie un set de fotografii folosit pentru comunicare în cadrul terapiei copiilor autişti ; este considerată, de asemenea, o modalitate de dezvoltare a capacităţii de comunicare a copiilor cu probleme.

Milieu training este o metodă de învăţare a limbajului şi de dezvoltare a abilităţilor de interacţiune socială pentru copiii cu probleme.

Tratamentul mai poate include educarea subiectului, astfel încât să se poată descurca în situaţii noi (să ceară ajutor, îndrumare etc.). O persoană care suferă de o formă mai gravă de autism trebuie să se aştepte la simptome noi sau la o înrăutăţire a celor deja existente, având nevoie de un program permanent de terapie. Autismul trebuie ţinut sub observaţie permanentă, iar tratamentul trebuie mereu îmbunătăţit. O persoană care suferă de o formă mai puţin gravă de autism poate să-şi îmbunătăţească starea o dată cu înaintarea în vârstă. Un subiect cu autism depinde de un asistent personal care să-i monitorizeze şi să-i asiste comportamentul şi să-l ajute în activităţile zilnice. Familiile şi anturajul celor cu autism au, de asemenea, nevoie de sprijin pentru a-i înţelege mai bine şi pentru a accepta mai uşor viaţa alături de ei. Deoarece există încă foarte multe necunoscute privind cauzele autismului, această tulburare nu poate fi prevenită cu uşurinţă, doar diagnosticarea şi tratamentul precoce putând diminua efectele autismului.

În concluzie, se poate spune că problematica autismului se referă la dificultatea copilului de a comunica şi de a parcurge în mod firesc amplul proces de socializare. În acest sens, H. Hartman afirmă că principala dificultate a copilului cu autism constă în a reacţiona corespunzător faţă de persoanele şi obiectele din jur, respectiv de a-şi pune în concordanţă dorinţele cu situaţia de moment. De asemenea, la copiii autişti alternează comportamentele tandre cu cele agresive sau autoagresive, cu treceri bruşte de la o stare la alta, de regulă neadecvate (de exemplu, când cineva din jurul său se accidentează sau este rănit, copilul autist reacţionează prin râsete). Dată fiind imposibiliatea de a anticipa reacţiile şi comportamentul unui copil autist, intervenţia psihopedagogică de recuperare, educare şi instruire devine foarte dificilă, iar alcătuirea prognosticului evoluţiei sale este dependentă de contextul relaţional şi de disponibilitatea terapeutului în identificarea unor alternative de comunicare cu copilul autist (dintre cele mai neobişnuite ; de exemplu, folosirea calculatorului, a unor sunete aparent lipsite de sens, a unor asocieri cromatice aparent bizare, a unor mişcări aparent lipsite de semnificaţie etc., care reuşesc să spargă barierele impuse de specificul lumii interioare a autistului), altele decât modalităţile obişnuite pe care le utilizăm în relaţiile cu copiii normali.

9.2. Sindromul Langdon Down[1]

Sindromul Down este o boală genetică, cromozomială, caracterizată prin triada : dismorfie particulară, întârziere în dezvoltarea psihică şi aberaţie cromozomială. Organismul uman are 23 de perechi de cromozomi : 44 autozomi (somatici) şi doi cromozomi sexuali (la femei 44+XX, la bărbaţi 44+XY). Astfel, fiecare celulă din organism posedă 46 de cromozomi, cu excepţia celulelor sexuale (ovulul şi spermatozoidul), care au jumătate din setul cromozomial (ovulul : 22+X, spermatozoidul : 22+X sau 22+Y). La unirea dintre spermatozoid şi ovul va rezulta o celulă cu un set complet de cromozomi (44+XX sau 44+XY).

Cercetările în domeniu arată că în aproximativ 95% din cazuri, sindromul Down se prezintă ca trisomia cromozomului 21, iar în aproximativ 5% din cazuri, cauza genetică a bolii este determinată de o translocaţie cromozomială sau de mozaicism. În cazul trisomiei 21, fiecare celulă a organismului posedă trei cromozomi 21. Acest extra-cromozom 21 provine din ovul sau spermatozoid ; se presupune că în timpul formării celulelor sexuale cei doi cromozomi 21 nu se separă (nondisjuncţie cromozomială). În timpul fertilizării, la fuziunea dintre ovul şi spermatozoid (în mod normal fiecare cu 23 de cromozomi), unul va avea un cromozom în plus în poziţia 21, rezultând o celulă cu 47 de cromozomi. Această celulă, o dată cu dezvoltarea embrionului, se multiplică şi fiecare celulă nou-apărută va avea 47 de cromozomi, rezultând sindromul Langdon Down. În cazul translocaţiei (4% din cazuri) sunt prezenţi trei cromozomi 21, dar unul este lipit (translocat) de un alt cromozom, de obicei cromozomul 14, 21 sau 22. Aproximativ la o treime până la jumătate dintre cazurile cu translocaţie, aceasta se transmite de la unul dintre părinţi care este purtător, fără semne de boală, având materialul genetic normal, cu deosebirea că un cromozom 21 este ataşat de un alt cromozom. O altă formă a sindromului Langdon Down este determinată de mozaicism, care apare la aproximativ 1% din cazuri. În cazul mozaicismului, nondisjuncţia apare după fertilizare, în timpul formării embrionului. În acest caz, doar o parte dintre celule vor fi afectate, restul celulelor având setul cromozomial normal, iar forma clinică va fi determinată de numărul celulelor afectate.

Au fost emise mai multe teorii privind etiologia acestei tulburări, dar cauza exactă nu este încă foarte bine cunoscută. Se presupune că intervin mai mulţi factori cum ar fi tulburările hormonale, radiaţii de diferite tipuri, infecţii virale, probleme imunologice, dar factorul cel mai implicat este vârsta mamei. Probabilitatea ca un nou-născut să aibă sindrom Down creşte direct proporţional cu vârsta mai înaintată a mamei. Spre exemplu, statisticile arată că pentru mamele care au 20 de ani riscul este 1 la 2.500-3.000 de naşteri, la 35 de ani 1 la 350-400, la 40 de ani 1 la 100. În plus, riscul ca şi al doilea copil să se nască cu sindrom Down este de 1 la 100.

---

1. Elemente ale acestui sindrom au fost identificate pentru prima oară în anul 1860 de către medicul englez Langdon Down, care a observat că un număr de persoane, fără legături de rudenie între ele, aflate în instituţii pentru persoane cu boli mintale, prezintă caracteristici fizice similare. După aproape un secol, în anul 1959, J. Lejeune, M. Gauthier şi R. Turpin au identificat prima anomalie cromozomială descrisă la om – trisomia cromozomului G 21, care a primit numele de „maladia Langdon Down”.

Pentru identificarea prezenţei sindromului Langdon Down la făt se pot efectua mai multe tipuri de investigaţii prenatale:

- *screening*-ul prenatal – se determină în sângele matern nivelul alpha-fetoproteinei, HCG-ul (*human chorionic gonadotropin*) şi al estriolului neconjugat; rezultatul acestor determinări, împreună cu vârsta mamei, permite estimarea riscului apariţiei sindromului Down; aceste teste se efectuează între săptămâna 14 şi 16 de sarcină;
- ecografia abdominală – permite detectarea unor semne caracteristice acestei afecţiuni: îngroşarea pielii pe partea posterioară a gâtului, modificări ale membrelor, diminuarea diametrului capului, boli congenitale ale inimii, probleme gastrointestinale etc.;
- teste diagnostice – se aplică dacă investigaţiile amintite mai sus trezesc suspiciunea sindromului Down; amniocenteza şi CVS (*chorionic villus sampling* – examinarea vilozităţilor coriale) sunt testele diagnostice cel mai des utilizate:
  - o amniocenteză se efectuează în jurul săptămânii 16 de sarcină (după o ecografie, cu ajutorul unei seringi, se extrage o mică cantitate din lichidul amniotic, care conţine şi celule fetale şi care este supusă analizelor; rezultatul se obţine în aproximativ 12-20 zile); efectele secundare ale amniocentezei: în 2% dintre cazuri pot surveni avortul, sângerările, riscurile de infecţii;
  - CVS se aplică în jurul săptămânii 9-12 de sarcină (după ecografia abdominală se introduce un tub subţire pe cale vaginală până la placentă şi se extrage o mică porţiune a vilozităţilor coriale care, fiind ţesuturi aparţinând fătului, se examinează din punct de vedere cromozomial; rezultatul se obţine în 7-10 zile); efectele secundare: risc de avort, sângerări, apariţia de infecţii, pierderi de lichid amniotic.

Tabloul clinic şi morfologic prezintă următoarele caracteristici:

- tonusul muscular scăzut (hipotonie) şi laxitate la nivelul ligamentelor;
- diametrul capului redus, occiput plat (brahicefalie), faţa mai lată, rădăcina nasului mai evazată, fisurile palpebrale orientate mai spre superior, gura mică;
- urechile sunt mici, gâtul mai scurt, mâna mai mică, degetele scurte şi divergente, dând impresia că sunt de aceeaşi lungime, cu excepţia policelui şi a degetului mic foarte scurt; în palmă, la peste jumătate dintre cazuri, este prezentă doar o singură creastă palmară orizontală formată prin fuziunea plicii mijlocii şi a celei inferioare;
- macroglosie, boltă palatină ogivală, dinţii neregulat implantaţi, toracele evazat, abdomen hipoton, picioare scurte şi plate, piele uscată şi flască, părul aspru, friabil, organele genitale subdezvoltate;
- dezvoltare întârziată, malformaţii congenitale frecvente (malformaţii cardiace în aproximativ 40% dintre cazuri, tulburări digestive în peste 30% dintre cazuri), afecţiuni oculare, tulburări metabolice şi imunologice;
- toate cazurile prezintă grade diferite ale deficienţei mintale;
- dezvoltarea psihomotorie pe etape este întârziată; copilul este lent, apatic, pasiv, dar poate avea şi episoade în care trece de la docilitate la acţiuni de auto- şi hetero-agresivitate;
- atenţia este labilă la toate vârstele, memoria preponderent mecanică, comprehensiunea redusă, dezvoltarea limbajului întârziată, toate acestea îngreuind procesul educativ; au o sensibilitate crescută pentru sunete ritmate, muzică şi dans.

Nu toţi copiii vor avea toate semnele enumerate mai sus; severitatea afecţiunilor depinde de setul cromozomial al copilului. Sindromul Down trebuie diferenţiat de mixedemul şi hipertelorismul congenital, encefalopatiile cu aspect mongoloid şi întârzierile mintale grave. Din nefericire, acest sindrom încă mai este perceput ca o problemă strict medicală, iar cei afectaţi sunt consideraţi ca fiind suferinzi de o afecţiune severă pentru care nu există tratament, ignorându-se rolul şi efectul programelor de intervenţie şi recuperare psihopedagogică, dar şi suportul necondiţionat al celor din jur.

Din punct de vedere psihopedagogic, subiecţii la care întâlnim simptomele trisomiei 21 prezintă următoarele caracteristici:

a) datorită hipotoniei musculare, aceştia vor avea dificultăţi în coordonarea mişcărilor corpului şi în mers, dificultăţi în executarea unor mişcări care solicită o coordonare fină (trasarea formei literelor, încheierea/descheierea nasturilor, decupaje, asamblarea unor obiecte etc.);
b) macroglosia şi hipotonia musculaturii limbii afectează respiraţia şi articulaţia sunetelor, ceea ce determină apariţia tulburărilor de limbaj şi pronunţie;
c) dezvoltarea limbajului rămâne în urma altor arii de dezvoltare, în special în urma dezvoltării cognitive, iar în majoritatea cazurilor limbajul expresiv este mai întârziat decât cel impresiv, cu consecinţe asupra posibilităţii de comunicare cu cei din jur; experienţa practică demonstrează că, în multe situaţii, un copil trisomic preferă limbajul nonverbal în rezolvarea unor sarcini, şi mai puţin sarcinile în care i se solicită un răspuns verbal; altfel spus, vorbirea nu reflectă obiectiv nivelul lor de înţelegere, iar potenţialul lor intelectual şi aptitudinal poate fi subestimat din cauza dificultăţilor pe care le întâmpină în organizarea şi oferirea unor răspunsuri verbale, chiar şi atunci când înţeleg bine sensul întrebărilor şi soluţiile unor sarcini de lucru;
d) în sfera proceselor cognitive, principalele dificultăţi sunt generate de caracterul inconstant al stilului de învăţare şi specificul procesării informaţiei; comparativ cu un copil normal, un copil cu sindrom Down are nevoie de ceva mai mult timp pentru a procesa informaţia, trebuie să privească obiectele mai mult timp pentru a le recunoaşte etc.; unele studii relevă faptul că scorurile obţinute la testele de inteligenţă scad pe măsură ce copilul înaintează în vârstă; în realitate, ei fac progrese, învaţă din ce în ce mai multe lucruri şi dobândesc noi deprinderi, însă progresele lor sunt mult mai lente decât în cazul copiilor obişnuiţi (aşa se explică de ce rezultatele la testele de inteligenţă scad în ciuda progreselor pe care totuşi le fac). Acest ritm lent de dezvoltare reflectă de cele mai multe ori efectele cumulate ale unei învăţări fără o motivaţie puternică şi nereuşitelor repetate în valorificarea noilor deprinderi cognitive, astfel încât ele să fie evidente în dezvoltare;
e) capacitatea mnezică este scăzută, dat fiind repertoriul limitat al strategiilor de memorare (preponderentă este memorarea mecanică); memoria de scurtă durată este limitată din pricina întârzierilor în limbaj (în schimb, ea poate fi îmbunătăţită prin programe de antrenament adecvate); unele cercetări au evidenţiat că există o relaţie semnificativă între capacităţile memoriei şi deprinderile de citire în sensul că activităţile de citire pot oferi ocazia utilizării unor strategii, îmbunătăţind capacităţile memoriei (spre exemplu, în lectura unui text, capacitatea de a memora cuvintele în memoria de scurtă durată este deosebit de importantă pentru înţelegerea semnificaţiei unei propoziţii sau fraze);
f) persoanele cu sindrom Down întâmpină dificultăţi în menţinerea concentrării atenţiei mai mult timp sau în a diferenţia anumiţi stimuli între ei, mai mult sau mai puţin

asemănători ; totuşi, îşi pot menţine atenţia mai mult timp dacă stimulii prezintă interes şi dacă sarcinile primite nu depăşesc posibilităţile lor de rezolvare ;

g) în multe situaţii, copiii cu sindrom Down sunt puternic afectaţi de schimbările care se petrec în jurul lor, mai ales când se petrec brusc şi în mod inexplicabil ; de asemenea, au nevoie de un mediu în care să se simtă acceptaţi, în care se pot manifesta liberi în încercarea de a deveni independenţi ; de fiecare dată trebuie susţinuţi pentru a putea trăi succesul, au nevoie de încurajări şi de feedback pozitiv pentru a-şi canaliza energia spre evitarea insucceselor şi prevenirea unui comportament pasiv, absent sau agresiv.

Dincolo de imaginea caracteristică persoanelor trisomice se află o altă realitate ; în multe alte aspecte, sunt asemenea unor oameni obişnuiţi, dispun de un potenţial afectiv aparte pe care doresc să-l manifeste tot timpul; sunt foarte sociabili, dornici să participe alături de ceilalţi la diferite activităţi unde să-şi pună în valoare propria personalitate.

9.3. Surdocecitatea

În rândul deficienţelor asociate, surdocecitatea (mai ales dacă este însoţită şi de mutitate) reprezintă, prin comparaţie, una dintre cele mai grave forme de deficienţă, având în vedere specificul şi limitele resurselor biofiziologice şi psihologice disponibile pentru susţinerea proceselor adaptiv-compensatorii şi recuperatorii, precum şi dificultăţile de integrare şcolară şi socioprofesională a persoanelor/copiilor care prezintă această dizabilitate. Un copil cu surdocecitate prezintă o combinaţie de deficienţe vizuale şi de auz de pe urma cărora vederea şi/sau auzul nu pot fi valorificate ca surse primare pentru învăţare[1]. Copilul cu surdocecitate nu poate fi perceput şi nu trebuie abordat ca un copil lipsit de auz care nu vede sau ca un copil nevăzător care nu aude (nu este doar o problemă de surditate la care se adaugă orbirea, cum nu este doar o problemă de comunicare sau de percepţie) ; este o problemă mult mai complexă, care include şi alte aspecte pe lângă cele menţionate anterior[2]. Există şi copii cu deficienţe vizuale severe care acuză şi probleme de auz, dar care, cu ajutorul echipamentelor de amplificare

---

1. În condiţii de normalitate, viaţa psihică a individului se construieşte pe dominanţa vizuală (aferenţele informaţionale prelucrate la nivel central sunt obţinute cu ajutorul vederii). Pentru un copil cu surdocecitate, dominanţa vizuală şi cea auditivă sunt înlocuite cu dominanţa tactil-kinestezică. Receptorii acestui analizator, prin intermediul proceselor compensatorii, vor avea un prag de sensibilitate mai scăzut, permiţându-le transmiterea unor cantităţi mai mari de informaţii privind caracteristicile şi proprietăţile fizico-chimice ale elementelor, obiectelor şi fenomenelor din mediul ambiant. Integrarea acestor informaţii la nivelul scoarţei cerebrale se modifică în mod semnificativ (în comparaţie cu o persoană care relaţionează cu ambianţa prin intermediul dominanţei vizuale şi auditive) datorită plasticităţii sistemului nervos central (o proprietate fundamentală care favorizează procesele compensatorii şi adaptive în situaţii extreme). Astfel, procesele cunoaşterii şi învăţarea la aceşti copii valorifică în mod prioritar informaţii tactil-kinestezice ; reprezentările, operaţiile gândirii, comunicarea sunt saturate de acest tip de informaţii, fapt care determină o serie de particularităţi în structurarea şi trăirea vieţii lor psihice.
2. Persoanele cu surdocecitate sunt incapabile să-şi valorifice simţurile la distanţă (văzul, auzul) pentru recepţionarea informaţiilor nedistorsionate ; sunt cunoscute şi sub denumirea de persoane cu *deficienţe multisenzoriale* (DMS).

(proteze auditive), pot valorifica eficient auzul în procesele de adaptare şi învăţare, la fel ca un copil orb. În acelaşi timp, există şi copii cu grave deficienţe de auz care au probleme de vedere şi care, utilizând mijloace optice performante, se pot manifesta asemănător unui copil cu surditate. În ambele cazuri, factorul-cheie pentru antrenarea lor în activităţi educative constă în asigurarea condiţiilor prin care copiii respectivi să aibă posibilitatea să acceseze suficiente informaţii nedistorsionate prin intermediul unuia dintre simţurile de distanţă, astfel încât să poată interacţiona într-un mod semnificativ cu elementele din mediul înconjurător.

Surdocecitatea nu defineşte o condiţie, dar descrie o situaţie în care copilul nu poate asimila suficiente informaţii provenite din mediul înconjurător pentru a-şi forma un stil de învăţare independent şi nici nu poate funcţiona independent din cauza incapacităţii de a procesa aceste informaţii (Brown, 1980). Astfel, pentru un copil cu surdocecitate, abordările tradiţionale de predare sunt ineficiente deoarece prezentarea informaţiilor se face exclusiv prin modalităţi vizuale şi/sau auditive.

Copiii cu surdocecitate prezintă o combinaţie în grade diferite a pierderii vizuale şi auditive care determină un anumit specific al dificultăţilor de învăţare ; de asemenea, pot prezenta şi unele deficienţe asociate care le afectează dezvoltarea generală prin reducerea funcţionalităţii vederii şi auzului rezidual. Drept urmare, tabloul clinic şi psihopedagogic va avea următoarele caracteristici :

a) dificultăţi în dezvoltarea unor abilităţi de comunicare care vor necesita tipuri de comunicare adaptate ;
b) dificultăţi în dezvoltarea motorie şi a formării mobilităţii care vor conduce la necesitatea adaptării mediului şi elaborarea unor programe de intervenţie speciale ;
c) dificultăţi de integrare a informaţiei percepute pe celelalte canale senzoriale care vor necesita programe individualizate de intervenţie pentru consolidarea *input*-ului senzorial printr-o abordare multisenzorială ;
d) acces limitat la mediu din pricina unui feedback deficitar elaborat în urma interacţiunilor reduse, fapt care necesită un mediu structurat pentru încurajarea explorării şi întărirea experienţelor ;
e) dificultăţi în monitorizarea propriilor acţiuni şi generalizarea obiectelor şi situaţiilor, fiind necesare abordări care să permită repetarea activităţilor de învăţare şi transferul anumitor deprinderi ;
f) întârzieri în dezvoltare, ocazii reduse pentru realizarea interacţiunilor sociale, dezvoltarea iniţiativei şi a deprinderilor autonome, fiind necesare intervenţii educaţionale specializate, corelate cu nevoile particulare ale fiecărui copil.

Principalele *caracteristici* ale persoanelor cu surdocecitate, în raport cu persoanele normale, sunt (după McInnes şi Treffery, 2000) :

- nu au capacitatea să comunice cu mediul înconjurător într-o manieră inteligibilă ;
- au dificultăţi majore în stabilirea şi menţinerea relaţiilor cu alte persoane ;
- prezintă o percepţie distorsionată a mediului în care evoluează ;
- nu au capacitatea de a anticipa anumite evenimente sau rezultatele activităţii lor ;
- sunt expuse riscului de a fi catalogate ca persoane retardate sau cu probleme psihice ;
- sunt lipsite de multe dintre motivaţiile extrinsece de bază care intervin şi reglează o dezvoltare normală pe toate planurile ;

- sunt predispuse la anumite complicaţii medicale care determină serioase lacune în dezvoltare ;
- sunt constrânse să aplice doar anumite metode şi tehnici de învăţare pentru a compensa multiplele lor deficienţe.

Analizând factorii etiologici, aceştia coincid în cea mai mare parte cu cei descrişi în capitolul referitor la deficienţele senzoriale, însă, printre cauzele frecvent invocate în apariţia surdocecităţii, în diversele ei forme de manifestare, enumerăm :

- bolile infecto-contagioase (contactate de mamă mai ales în perioada de sarcină) – febra tifoidă, rubeola[1], sifilisul, infecţia cu citomegalovirus, encefalita, meningita etc. ;
- intoxicaţii medicamentoase sau în urma consumului de stupefiante şi al altor substanţe toxice (toxoplasmoza congenitală) ;
- leziuni ale structurilor nervoase şi traumatisme produse în primii ani de viaţă ;
- sindromul Usher : afectează 3-6% din populaţia cu surditate/hipoacuzie congenitală, se asociază cu retinopatia pigmentară progresivă şi se prezintă sub trei forme în care se întâlnesc pierderi în grade diferite ale auzului şi manifestări la vârste diferite ale retinopatiei pigmentare ;
- o categorie aparte şi destul de numeroasă se referă la cauze necunoscute sau greu decelabile în contextul investigaţiilor clinice şi paraclinice.

Şi în cazul acestor copii intervenţia timpurie este esenţială pentru recuperarea şi antrenarea resurselor compensatorii la nivelul analizatorilor funcţionali şi la nivelul structurilor nervoase centrale. Depistarea şi diagnosticul precoce constituie condiţia fundamentală în elaborarea unui plan de intervenţie şi educaţie prin asigurarea unui mediu stimulativ-reacţional pentru a furniza copilului situaţii stimulative necesare în interacţiunea cu mediul, încercările de comunicare şi rezolvarea problemelor.

Spre deosebire de copiii care prezintă doar un singur tip de deficienţă senzorială, în cazul celor cu deficienţe multisenzoriale este indicată o abordare diferită în acţiunile de evaluare şi educare ; în aceste situaţii ne putem raporta la următorul cadru de acţiune :

a) stabilirea contactului iniţial şi inventarierea datelor disponibile despre copil şi dezvoltarea lui, a informaţiilor despre familia sa şi condiţiile de viaţă ;
b) vizitarea copilului în mediul său cel mai familiar şi evaluarea nivelului senzorial prezent ;
c) elaborarea şi dezvoltarea unui program de intervenţie focalizat pe câştigul imediat cel mai probabil din partea copilului şi pe domeniile de interes ale familiei ; în aplicarea programului se recomandă antrenarea familiei şi instruirea membrilor acesteia asupra metodelor şi tehnicilor de lucru cu copilul ;
d) după 3 până la 6 luni se face o nouă evaluare pentru a constata efectele şi progresele copilului ;
e) modificarea sau ameliorarea planului iniţial ;

1. Rubeola sau sindromul rubeolic congenital este o boală destul de dificil de diagnosticat ; nu este atât de gravă pentru mamă, dar are efecte nefavorabile asupra fătului în majoritatea cazurilor ; dacă infectarea se produce în primul trimestru al sarcinii, riscul este mult mai mare pentru apariţia unor tulburări la nivelul analizatorilor, sistemului nervos central, organelor interne şi funcţiilor metabolice.

f) menţinerea unui contact permanent cu membrii familiei şi cu serviciile sociale specializate din comunitate.

Pentru asigurarea unui grad ridicat de eficienţă în aplicarea programelor de intervenţie destinate copiilor cu deficienţe multisenzoriale, se recomandă şi urmărirea următoarelor repere :

- în absenţa unor leziuni importante la nivelul creierului (în baza unor investigaţii medicale complexe), copilul cu deficienţe multisenzoriale poate fi educat şi antrenat pentru integrarea sa în comunitate ;
- în anumite cazuri, unele sau toate sistemele senzoriale pot fi afectate, dar nu şi mecanismul lor de funcţionare, intervenind şi procese compensatorii care pot fi valorificate în activităţile de stimulare, recuperare şi educare ;
- copilul cu deficienţe multisenzoriale este supus unei provocări permanente determinate de nevoia dezvoltării unui cadru adecvat pentru comunicare, concomitent cu înţelegerea mediului în care evoluează ;
- copilul cu deficienţe multisenzoriale poate şi trebuie să fie învăţat şi antrenat să-şi folosească întregul potenţial rezidual existent în toate modalităţile de receptare senzorială şi trebuie să i se asigure un mediu relaţional-stimulativ pe care să-l înţeleagă şi să-l controleze ;
- copilul cu deficienţe multisenzoriale trebuie să dispună continuu de un program individualizat în care implicarea părinţilor sau aparţinătorilor este esenţială (chiar dacă beneficiază de servicii specializate, copilul cu surdocecitate, în majoritatea cazurilor, va avea nevoie de asistenţă şi sprijin pe toată durata vieţii şi din acest motiv familia trebuie sprijinită şi permanent încurajată).

Din punct de vedere educaţional, sistemul de comunicare cel mai eficient în cazul copiilor cu surdocecitate constă în abordarea comunicării totale, care include folosirea indicilor, vorbirii, gesturilor, semnelor, dactilemelor, imaginilor şi a limbajul scris. Altfel spus, în comunicarea cu elevul cu surdocecitate, semnele trebuie adaptate la funcţionalitatea vizuală şi auditivă pentru a fi cât mai eficiente, iar educatorul sau cel care susţine intervenţia trebuie să utilizeze permanent, în mod simultan, gesturile, limbajul oral şi semnele pentru a oferi cât mai multe informaţii. În cele mai multe cazuri, intervenţia este de tip unu-la-unu şi presupune cu necesitate stabilirea unui climat de încredere care să-i permită copilului un confort fizic şi psihic necesar implicării şi motivării acestuia pentru acţiunile incluse în programele de intervenţie.

Dincolo de dificultăţile întâmpinate în activităţile recuperativ-compensatorii şi educative desfăşurate cu copiii care prezintă surdocecitate, trebuie subliniat faptul că aceştia au dreptul şi şansa de a se integra în viaţa socială şi comunitară, beneficiind de o serie de servicii de sprijin, prin intermediul familiei sau al unor instituţii de profil. În acest sens, calitatea intervenţiei educative este condiţia fundamentală a integrării sociofamiliale pentru persoanele cu deficienţe multisenzoriale ; dezvoltarea şi perfecţionarea funcţională a analizatorilor funcţionali, antrenarea organelor fonatorii prin exerciţii speciale, demutizarea sprijinită de sistemul Braille şi de sistemul dactil, cunoaşterea nemijlocită a obiectelor din jur, orientarea în spaţii mici, formarea deprinderilor de autoservire, valorificarea noilor echipamente şi a tehnologiilor moderne destinate acestor categorii de persoane sunt doar câteva dintre priorităţi în fundamentarea programelor individualizate

de intervenţie şi recuperare. Astfel, ei pot fi ajutaţi să experimenteze, să accepte, să organizeze şi să reacţioneze la stimuli externi, pot fi învăţaţi să-şi folosească vederea şi auzul rezidual (acolo unde acestea există) şi să dezvolte deprinderi motorii importante, modalităţi eficiente de comunicare, deprinderi de viaţă şi mobilitate de bază necesare unei cât mai bune integrări în viaţa socială.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Prezentaţi principalele cauze invocate în determinarea apariţiei tulburărilor din spectrul autist.
- Efectuaţi o analiză comparativă între autismul infantil şi sindromul Asperger.
- Care sunt elementele caracteristice întâlnite în tabloul clinic şi psihopedagogic al persoanelor cu tulburări din spectrul autist?
- Care sunt factorii etiologici responsabili de apariţia sindromului Down?
- Care sunt elementele caracteristice întâlnite în tabloul psihopedagogic al persoanelor cu sindrom Down?
- Efectuaţi o analiză psihopedagogică pentru copii cu surdocecitate.

CAPITOLUL 10

Educaţia specială[1] şi elemente de didactică

10.1. Educaţia specială – modalităţi de abordare

Problematica educaţiei copiilor cu cerinţe speciale a devenit în ultimii ani o preocupare aparte în rândul specialiştilor. Apariţia conceptelor de *educaţie integrată* şi *şcoală incluzivă* a determinat modificări fundamentale în percepţia actului educativ şi a necesitat identificarea unor răspunsuri la câteva întrebări fundamentale:

- Care sunt finalităţile actului educativ în raport cu nevoile specifice ale copiilor deficienţi?
- Cum definim scopurile şi obiectivele instruirii în condiţiile unei clase de elevi în care se realizează integrarea?
- Care sunt criteriile de elaborare şi aplicare a unui curriculum diferenţiat/adaptat?
- Cum trebuie aplicată şi înţeleasă evaluarea şcolară a elevilor cu diferite tipuri de deficienţe, în special a celor cu deficienţe de intelect?

Analizând particularităţile specifice procesului de învăţare a copiilor cu diferite tipuri de deficienţă, se ajunge la concluzia că una dintre calităţile esenţiale ale curriculumului şcolar vizează un grad cât mai mare de flexibilitate, astfel încât să permită fiecărui copil să avanseze în ritmul său şi să fie tratat în funcţie de capacităţile sale de învăţare. Pentru aceasta este nevoie ca formularea obiectivelor, stabilirea conţinuturilor instruirii, modalităţile de transmitere a informaţiilor în clasă şi evaluarea elevilor să se facă diferenţiat. Argumentele care stau la baza elaborării unui curriculum flexibil şi uşor de adaptat cerinţelor educaţionale ale fiecărui elev sunt:

- respectarea dreptului fiecărui copil la instrucţie şi educaţie pe măsura potenţialului şi capacităţilor sale;

---

1. Educaţia specială nu trebuie limitată doar la ceea ce se întâmplă în şcolile speciale (aşa cum a fost şi încă mai este percepută de mulţi); ea reprezintă în primul rând o formă particulară de adaptare a procesului instructiv-educativ, în funcţie de problemele individuale de învăţare ale elevului (posibilităţi limitate de înţelegere şi asimilare a unor cunoştinţe şi abilităţi) datorate prezenţei unor deficienţe, a unui mediu sociocultural deficitar care determină un retard intelectual, a interesului limitat sau absenţei motivaţiei pentru învăţare etc. Astfel, acceptând această perspectivă şi diversitatea populaţiei şcolare din zilele noastre (elevi cu dizabilităţi integraţi, elevi cu dificultăţi de învăţare, elevi din medii defavorizate etc.), vom putea identifica forme de educaţie specială în orice tip de şcoală.

- formarea la copilul deficient a unui registru comportamental adecvat care să permită adaptarea şi integrarea sa socială printr-o experienţă comună de învăţare alături de copiii normali ;
- asigurarea legăturii cu faptele reale de viaţă şi familiarizarea cu o serie de obişnuinţe privind activităţile de utilitate practică şi de timp liber ;
- dezvoltarea capacităţilor necesare pentru rezolvarea independentă (în limitele permise de gradul deficienţei) a problemelor de viaţă, autocontrol în situaţii dificile şi practicarea unor metode şi tehnici de muncă intelectuală care să asigure eficienţă în adaptarea şi integrarea şcolară şi socială.

Un curriculum şcolar adecvat pentru elevii cu cerinţe educative speciale trebuie să pună accent, în principal, pe următoarele domenii :

a) dezvoltarea trăsăturilor de personalitate din domeniul afectiv, motivaţional, caracterial şi al socializării – imaginea de sine, scopurile, interesele, pasiunile, motivaţiile intrinsece şi extrinsece, concordanţa dintre potenţialul personal, realizări şi valoarea produselor realizate, activităţile individuale şi în grup, gradul de toleranţă şi înţelegere faţă de cei din jur şi faţă de valorile acestora, echilibrul afectiv, jocul, activităţile de timp liber, responsabilităţile individuale, şcolare, sociale, relaţiile cu colegii şi cu cei din jur, comportamentul, ţinuta, atitudinile, respectul, sprijinul, controlul agresivităţii, atitudinea faţă de muncă, dezvoltarea autonomiei personale şi sociale etc. ;
b) dezvoltarea deprinderilor de muncă individuală – deprinderile de studiu şi stilul personal de învăţare, învăţarea socială, activităţile extraşcolare de învăţare, atitudinea faţă de succesul/insuccesul şcolar, procesele gândirii, comunicarea verbală şi non-verbală, orală şi scrisă, cititul, operaţiile aritmetice de bază, modul de rezolvare a sarcinilor/problemelor etc. ;
c) dezvoltarea conduitei morale, religioase şi a simţului estetic – sistemul de valori morale, atitudinea faţă de valorile religioase, domeniile de interes artistic, atitudinea faţă de diferite evenimente şi fenomene sociale, gradul de implicare în diferite activităţi cu conotaţie etică sau estetică etc. ;
d) dezvoltarea armonioasă a conduitelor psihomotrice – deprinderi psihomotrice de bază (locomoţia, scrisul, gesturile, mimica etc.), jocurile dinamice şi exerciţiile fizice, rezistenţa la efort fizic etc.

Modalităţile de adaptare a conţinuturilor educaţiei speciale în contextul modernizării şi reformării serviciilor educaţionale destinate copiilor cu cerinţe educative speciale presupun o analiză atentă a următoarelor aspecte :

- tipul şi gravitatea deficienţei/tulburărilor diagnosticate – rolul şi importanţa diagnosticului diferenţial în susţinerea unui program recuperator şi educaţional eficient ;
- vârsta copilului – decalajul dintre vârsta cronologică şi vârsta mintală ;
- experienţa de viaţă a copilului în familia din care provine – gradul de implicare a familiei în dezvoltarea şi evoluţia normală a copilului, susţinerea afectivă şi materială, educaţia oferită şi atitudinea membrilor familiei faţă de problemele speciale ale copilului ;
- ruta şcolară a copilului – dacă a urmat sau nu programul învăţământului preşcolar, dacă a urmat sau nu programul unei şcoli, rezultatele şcolare obţinute, problemele privind modul şi potenţialul de învăţare al copilului etc. ;

- atitudinea şi modalităţile de implicare a familiei şi resurselor comunitare în activităţile educative ale copiilor cu cerinţe educative speciale – interesul în educarea şi integrarea copiilor cu deficienţe în viaţa socială normală ;
- pregătirea psihopedagogică a educatorilor – cunoaşterea metodelor de lucru cu această categorie de copii, a limitelor şi posibilităţilor lor de învăţare, a modalităţilor şi formelor de evaluare ;
- strategia şi modalităţile de organizare a activităţilor de predare-învăţare la clasă – stilul şi maniera de lucru a fiecărui educator în parte, capacitatea fiecărui cadru didactic de a accesibiliza conţinutul învăţării la nivelul de înţelegere al fiecărui elev din clasă, disponibilitatea fiecărui educator de a desfăşura activităţi diferenţiate şi individualizate etc. ;
- politica educaţională adoptată la nivelul instituţiei şcolare privind organizarea şi structurarea activităţilor educative extraşcolare din perspectiva cerinţelor educaţionale speciale ale copiilor cu dizabilităţi.

Pornind de la rezultatele acestei analize, se pot stabili obiectivele şi activităţile concrete prin care unităţile de conţinut de la fiecare disciplină pot fi modificate, adaptate sau accesibilizate în funcţie de nivelul cerinţelor şi de posibilităţile de învăţare ale elevilor din clasa/şcoala respectivă. În acest mod, şcoala poate face o ofertă educaţională flexibilă, dinamică şi coerentă, aptă să răspundă cerinţelor de moment ale populaţiei şcolare dintr-o anumită comunitate, îndeplinindu-şi misiunea de a oferi fiecărui copil şansa de a se pregăti şi forma prin educaţie, alături de semenii săi, fără discriminare şi fără bariere care ar putea limita accesul la drepturile şi obligaţiile înscrise în normele vieţii comunitare. Experienţa practică a demonstrat că elevii cu forme uşoare de deficienţă pot fi incluşi, în anumite condiţii, în programul şcolilor obişnuite alături de elevii normali ; în schimb, pentru elevii cu deficienţe severe sau cu deficienţe asociate este mai indicată şcolarizarea în centre/instituţii speciale, după un curriculum individualizat, beneficiind de strategii didactice adaptate nivelului lor de receptare şi înţelegere a conţinuturilor[1].

În cazul elevilor cu deficienţe senzoriale sau fizice, consideraţi ca fiind normal dezvoltaţi din punct de vedere intelectual, adaptarea curriculară se realizează prin extensiune, adică în curriculumul comun tuturor categoriilor de elevi sunt introduse o serie de activităţi suplimentare specifice care vizează cu precădere aspecte legate de demutizare, însuşirea unor limbaje specifice (dactileme, alfabetul Braille, limbajul semnelor etc.) şi comunicare, orientare spaţială, activităţi de socializare şi integrare în comunitate, activităţi practice focalizate pe o pregătire profesională adecvată tipului de deficienţă.

Cel mai indicat ar fi să analizăm situaţia cu realism şi obiectivitate ; de exemplu, sunt situaţii când şcoala poate genera stări de disconfort care produc anxietate copilului, determinându-l să ajungă la insuccese şcolare, sau sunt situaţii când deciziile educatorilor,

---

1. În cazul acestor copii, procesul integrării sociale va fi sprijinit cu precădere prin valorificarea altor resurse existente la nivelul comunităţii (centre de zi, asociaţii sau grupuri de părinţi, organizaţii umanitare sau de sprijinire a persoanelor aflate în dificultate etc.) şi, în anumite situaţii, prin implicarea şcolilor obişnuite (activităţi comune desfăşurate în parteneriat, unde elevii/copiii să aibă ocazia să relaţioneze).

sarcinile oferite elevilor sau modalităţile de organizare a activităţilor didactice determină apariţia dificultăţilor în învăţare din partea unor elevi, care pot culmina cu dezvoltarea unor conduite de evitare sau respingere a şcolii. Iată de ce, abordând o perspectivă curriculară deschisă, transparentă şi flexibilă, putem veni în întâmpinarea cerinţelor unui număr cât mai mare de elevi, inclusiv pentru elevii excluşi în mod curent din şcolile obişnuite. De asemenea, educatorii îşi pot schimba atitudinea faţă de cerinţele impuse de şcoală pentru diversitate, încurajându-i să-şi dezvolte o nouă optică asupra activităţilor didactice care presupun un parteneriat activ între elevii clasei şi educator, acceptând în mod conştient noi responsabilităţi faţă de toţi elevii clasei. Mai mult chiar, colaborarea între elevi şi educatori, parteneriatul în învăţare şi deschiderea şcolii faţă de cerinţele tuturor categoriilor de copii şi ale comunităţii conferă instituţiei şcolare rolul de componentă fundamentală a sistemului social, aptă să răspundă concret imperativelor de moment ale evoluţiei din societatea contemporană şi să rezolve o serie de probleme referitoare la nevoile de acceptare/valorizare socială a fiinţei umane şi la capacitatea fiecărui individ de a se adapta şi integra cât mai bine într-o societate aflată în continuă transformare.

În scopul eficientizării procesului de învăţare pentru elevii cu cerinţe speciale sunt invocate, mai ales în ultimul timp, câteva repere fundamentale:

a) *învăţarea interactivă* – presupune folosirea unor strategii de învăţare focalizate pe cooperarea, colaborarea şi comunicarea între elevi la activităţile didactice, precum şi pe interacţiunea dintre educatori[1]/cadrele didactice şi elevi sau dintre cadre didactice (eficienţa învăţării presupune activitatea cadrelor didactice în echipă) ca o modalitate permanentă de lucru;
b) *elaborarea în comun a obiectivelor învăţării* – se referă la discutarea şi explicarea obiectivelor acţiunii de învăţare în cadrul relaţiei dintre educator şi elevi, deoarece fiecare participant la actul învăţării are ideile, experienţele şi interesele personale de care trebuie să se ţină seama în proiectarea activităţilor didactice;
c) *demonstraţia, aplicaţia şi feedbackul* – se referă la faptul că orice proces de învăţare (mai ales în cazul elevilor cu cerinţe speciale) este mai eficient şi mai uşor de înţeles dacă informaţiile prezentate sunt demonstrate şi aplicate la situaţii reale de viaţă, existând şi un feedback continuu de-a lungul întregului proces;
d) *modalităţile de sprijin în actul învăţării* – elevii cu cerinţe educative speciale au nevoie în anumite momente de un sprijin activ în învăţare, atât în timpul activităţilor desfăşurate în clasă, cât şi la activităţile din afara clasei, prin dezvoltarea unui parteneriat educaţional cu anumite categorii de specialişti, cu familiile elevilor sau cu anumite instituţii din comunitate; în general, cele mai utile metode şi tehnici de sprijinire a învăţării elevilor cu cerinţe educative speciale sunt: asigurarea unui confort socioafectiv favorabil învăţării, învăţarea de la copil la copil, colaborarea între elevi la activităţile de predare-învăţare, parteneriatul cu părinţii în învăţare, comunicarea cu alţi specialişti din afara şcolii, implicarea unor structuri sau instituţii din cadrul comunităţii care au tangenţe cu problematica educaţiei, perfecţionarea

1. Noţiunea de *educator* este utilizată în sens larg, respectiv persoana care desfăşoară o activitatea educaţională (învăţător, institutor, educator în învăţământul preşcolar, profesor, instructor de educaţie, specialist într-o formă de terapie educaţională etc.).

continuă a şcolii, a practicii educatorilor şi a formelor de învăţare, cunoaşterea şi analiza conduitelor de învăţare specifice fiecărui elev ;

e) *evaluarea continuă a învăţării* – fiecare educator trebuie să demonstreze o atitudine şi o conduită flexibilă în timpul activităţilor de predare-învăţare favorabile unei evaluări permanente, concretizate în disponibilitatea de a asculta toate răspunsurile şi a aprecia fiecare intervenţie a elevilor, colaborare cu alţi educatori în cadrul parteneriatului de predare-învăţare, prezentarea concluziilor pentru fiecare pas al activităţii, discuţii libere etc.

Pentru materializarea celor prezentate până acum este nevoie, în primul rând, de o îmbunătăţire substanţială a practicii profesionale prin implicarea tuturor persoanelor responsabile de creşterea şi educarea copiilor cu dizabilităţi. În acest sens este necesară o colaborare activă între cadrele didactice din şcoală şi părinţi/tutori pentru îmbunătăţirea procesului didactic, conţinutului educaţiei şi evaluării procesului instructiv-educativ, pornindu-se în permanenţă de la realităţile şi cerinţele elevilor.

Experienţa practică în domeniul educaţiei speciale sugerează şi posibilitatea desfăşurării activităţilor didactice pe niveluri multiple de învăţare (*multilevel learning*) – grupe de nivel[1] – pentru a putea răspunde eficient tuturor cerinţelor şi particularităţilor în învăţare ale elevilor din şcoală. Argumentele care vin să susţină această poziţie pot fi sintetizate astfel :

- nu toţi elevii de aceeaşi vârstă au acelaşi potenţial de învăţare ;
- nu toţi elevii unei clase au aceleaşi interese şi aceeaşi motivaţie pentru învăţare ;
- aşteptările privind participarea elevilor la lecţii trebuie corelate cu interesele şi cerinţele individuale în materie de educaţie ale fiecărui elev în parte.

Aceste forme de activitate didactică diferenţiată presupun cu necesitate un grad ridicat de flexibilitate între elementele de structură ale sistemului, astfel încât orice elev să poată trece de la un nivel la altul sau de la o grupă la alta atunci când rezultatele obţinute de el impun/solicită această trecere.

Pornind de la constatarea că într-o clasă de elevi, cu structură eterogenă, există diferenţe sensibile între elevi cu privire la ritmul asimilării cunoştinţelor, al capacităţii de lucru, unii specialişti recomandă împărţirea elevilor dintr-o clasă pe grupe temporar constituite, care să lucreze diferenţiat, în funcţie de interesul şi aptitudinile copiilor pentru diverse discipline, evitându-se astfel omogenizarea conţinuturilor şi sarcinilor adresate elevilor la orele de clasă după un criteriu care ţine de nivelul mediu al clasei. Activităţile didactice pe grupe mici de elevi, în cadrul lecţiilor, constituie una dintre modalităţile menite să realizeze o tratare adecvată a fiecărui elev în parte, prin aplicarea unor metode de lucru specifice învăţământului individualizat şi, în general, prin adaptarea procesului instructiv-educativ la particularităţile elevilor.

---

1. Această formă de organizare a elevilor nu trebuie percepută şi realizată din perspectiva modelului „clase/grupe de elevi slabi" şi „clase/grupe de elevi buni", iar educatorul, prin atitudinea şi conduita sa, nu trebuie să-i favorizeze pe unii dintre elevi şi să neglijeze activitatea cu elevii care au performanţe şcolare mai reduse. Astfel, organizarea activităţii şcolare pe niveluri multiple de învăţare, dacă este corect înţeleasă, nu are un caracter segregaţionist (după cum ar putea să pară la prima vedere), deoarece oferă şansa şi respectă dreptul fiecărui copil să se manifeste în activitatea şcolară în conformitate cu posibilităţile, interesele şi cerinţele sale educaţionale.

Punerea în practică a acestei strategii de lucru presupune o analiză atentă a următoarelor categorii de probleme :

a) *constituirea grupelor, componenţa şi organizarea lor* – atunci când activităţile nu necesită constituirea grupelor după nişte criterii anterior stabilite de educator, se recomandă aplicarea principiului libertăţii elevilor de a se grupa, în funcţie de afinităţile şi similitudinile resimţite unii faţă de alţii, intervenţia educatorului având un caracter discret şi fiind îndreptată spre ajutorarea elevilor în rezolvarea unor dificultăţi ivite în organizarea grupelor ; această manieră de lucru favorizează constituirea unor grupe în care fiecare membru resimte acel minim confort psihic, fiind mai deschis către colaborare, comunicare şi acceptare a celorlalţi ;
b) *coordonarea activităţii în funcţie de unele obiective şi conţinuturi specifice unei anumite discipline* – fiecare elev are posibilitatea să-şi valorifice cât mai bine aptitudinile, cunoştinţele şi experienţa personală, iar intervenţia profesorului trebuie să favorizeze sau să creeze o atmosferă stimulativă în rândul elevilor şi să ofere în permanenţă feedback ;
c) *caracteristicile relaţiei educator – elev*, în condiţiile învăţământului diferenţiat, rolul şi sarcinile educatorului devin mai complexe şi solicită un efort mai mare din partea acestuia ; el trebuie să respecte viziunea şi sentimentele fiecărui elev în parte, să stimuleze mai mult elevii decât să-i critice, să sugereze mai mult decât să corijeze, să propună mai mult decât să impună şi, nu în ultimul rând, să se adapteze capacităţilor elevilor, posibilităţilor lor, şi nu să aibă faţă de toţi, în mod egal, aceleaşi cerinţe ;
d) *particularităţile metodologiei didactice* – acestea vor fi corelate cu nivelul elevilor şi cu particularităţile fiecărui grup în parte ; spre exemplu, în cazul elevilor cu nivel mai bun se pot folosi şi metode şi mijloace cu un grad mai înalt de abstractizare (depinde foarte mult de vârsta şi nivelul de şcolarizare al elevilor), comparativ cu elevii care prezintă unele deficienţe în plan intelectual sau senzorial, în cazul cărora metodele şi mijloacele folosite vor avea un caracter intuitiv, concret mai accentuat, necesar asimilării operaţiilor şi înţelegerii sensului cunoştinţelor comunicate în timpul lecţiilor.

Învăţarea, ca fenomen dinamic şi complex, în perspectiva strategiilor învăţării interactive, are la bază o serie de elemente definitorii care pot completa lista strategiilor devenite deja clasice, valabile şi în cazul educaţiei speciale :

- valorificarea experienţelor zilnice ale elevilor prin crearea unor situaţii/scenarii tip – fiecare elev poate avea o experienţă diferită cu privire la unul şi acelaşi eveniment/fenomen, aceasta putând fi împărtăşită şi celorlalţi colegi ;
- valorificarea cunoştinţelor anterioare ale elevilor în desfăşurarea lecţiilor noi şi rezolvarea unor sarcini de lucru în perechi sau grupuri mici ;
- utilizarea situaţiilor de joc în învăţare (jocuri de rol, dramatizarea, jocul didactic etc.) ;
- folosirea problematizării pe secvenţe didactice şi aplicarea rezultatelor prin metode şi procedee de expresie ca desenul, povestirea, lucrul manual, modelajul etc. ;
- rezolvarea creativă a conflictelor în clasă, colaborarea cu familia şi valorificarea resurselor din comunitate ca tehnici de sprijinire a învăţării, predării şi evaluării ;
- implicarea elevilor în activităţi care presupun cooperare pentru rezolvarea unor probleme ; pot învăţa să asculte, să negocieze şi să accepte opinia sau părerea celuilalt, indiferent de statutul sau rolul pe care îl deţin în grupul respectiv.

De menţionat şi faptul că învăţarea interactivă şi activitatea diferenţiată favorizează lucrul în echipă al profesorilor (*team-teaching*), cu includerea în această echipă şi a educatorilor specializaţi pe diferite forme de terapie educaţională sau a profesorului de sprijin, specializat în activităţile cu elevii integraţi în învăţământul obişnuit.

10.2. Principiile didacticii, metodele şi mijloacele de învăţământ în educaţia specială

10.2.1. *Principiile didacticii*

Reprezintă un set de norme generale care orientează şi imprimă un sens funcţional procesului de învăţământ, asigurând acestuia premisele necesare îndeplinirii obiectivelor şi sarcinilor pe care le urmăreşte în desfăşurarea sa. În procesul instructiv-educativ şi compensator-recuperator al copiilor cu cerinţe speciale se aplică în mare parte principiile didacticii generale, care sunt adaptate specificului şi particularităţilor elevilor cu diferite tipuri de deficienţe[1]. Astfel, fără pretenţia de a efectua o clasificare, în funcţie de relevanţa şi importanţa lor în practica educaţională a elevilor cu dizabilităţi, pot fi identificate următoarele principii:

• *Principiul unităţii/corelaţiei dintre senzorial şi raţional, dintre concret şi abstract în predare-învăţare* (cunoscut şi sub denumirea de *principiul intuiţiei*) – conform acestui principiu, orice proces de cunoaştere se sprijină pe percepţie, iar elevii au nevoie de suport intuitiv în înţelegerea şi asimilarea noilor cunoştinţe/informaţii. Astfel, în procesul de învăţământ, cunoaşterea presupune, în general, parcurgerea a trei etape:

a) cunoaşterea senzorial-perceptivă prin contactul direct cu materialul faptic sau cu realitatea înconjurătoare;
b) trecerea de la concret la abstract prin operaţii ale gândirii (noţiuni, definiţii, reguli etc.);
c) transpunerea corectă în practică a definiţiilor, a regulilor, ceea ce presupune o nouă concretizare prin exemplificare.

În conformitate cu acest principiu, educatorul va avea în vedere următoarele aspecte:

- selectarea materialului didactic potrivit funcţiei pe care o are intuiţia în învăţare;
- folosirea raţională şi adecvată a materialului didactic;
- solicitarea intensă a elevului în efectuarea unor activităţi variate de manipulare, observare, selectare, analiză, sinteză, comparaţie, verbalizare etc.;
- dozarea atentă a raportului dintre cuvânt şi intuiţie (tendinţa de a verbaliza în exces, fără a oferi suficient timp pentru secvenţa intuitivă a învăţării).

Acest principiu are o relevanţă mai mare în cazul elevilor cu deficienţe mintale şi senzoriale datorită particularităţilor proceselor psihice (percepţia, reprezentarea,

1. Pentru a înţelege particularităţile didacticii speciale este nevoie de o foarte bună cunoaştere a didacticii generale; spre exemplu, în educaţia specială, unele principii ale didacticii generale au o relevanţă mai mare, mai ales în perspectiva particularităţilor psihointelectuale şi aptitudinale ale elevilor cu deficienţe care recepţionează, înţeleg şi asimilează noile cunoştinţe şi abilităţi în mod diferit faţă de elevii normali.

gândirea, imaginaţia, memoria), iar *intuiţia are un rol compensator*, acela de a crea imagini/reprezentări mintale active cu care să poată opera în plan conceptual şi noţional.

• *Principiul accesibilităţii şi tratării individuale, diferenţiate* – acest principiu poate fi realizat prin respectarea particularităţilor psihice determinate de tipul şi gradul deficienţei. În legătură cu acest principiu acţionează o regulă, şi anume stabilirea unor legături/corelaţii logice între cunoscut şi necunoscut, între simplu şi complex, între particular şi general, între concret şi abstract.

• *Principiul respectării particularităţilor de vârstă şi individuale* – conform acestui principiu, în activitatea educativ-recuperatorie trebuie să ţinem seama de relaţia existentă între învăţare şi nivelul de dezvoltare al elevului, cu respectarea particularităţilor individuale, a naturii interioare şi a personalităţii educatului şi valorificarea optimă a potenţialului intelectual şi aptitudinal al acestuia.

• *Principiul sistematizării, structurării şi continuităţii* – acest principiu vizează necesitatea de a asigura succesiunea activităţilor educative după o logică strictă a informaţiei, de a selecta şi corela cunoştinţele după esenţializarea lor, de a le integra şi sistematiza în sisteme evolutive corespunzătoare (concentrice şi liniare), de a programa procesele şi operaţiile cognitive în vederea dezvoltării ritmice şi intensive a capacităţilor de cunoaştere din partea elevului cu cerinţe speciale. O parte a acestui principiu se realizează prin intermediul documentelor şcolare (planuri de învăţământ, programe analitice şi manuale şcolare) şi prin activitatea de planificare a lecţiilor de către educator. De asemenea, mai ales în cazul elevilor cu deficienţe mintale, la sistematizarea conţinuturilor se va ţine seama şi de redundanţa/reluarea anumitor categorii de informaţii şi cunoştinţe (multe reveniri/repetiţii pentru asimilarea şi consolidarea de noi cunoştinţe şi deprinderi).

• *Principiul integrării teoriei cu practica* – acest principiu exprimă necesitatea stabilirii unei legături directe între însuşirea cunoştinţelor teoretice şi aplicarea lor în condiţii practice variate. Cerinţele acestui principiu prezintă o serie de avantaje în procesul educativ-compensator, mai ales pentru elevii cu deficienţe mintale şi senzoriale.

• *Principiul participării conştiente şi active a elevilor la activităţile educativ-compensatorii şi recuperatorii* – în conformitate cu acest principiu, elevul trebuie antrenat să devină, din obiect al învăţării, subiect al propriei formări şi al propriului proces de dezvoltare, ca rezultat al activităţii sale pe plan intelectual şi fizic. Procesul de învăţare se realizează prin interiorizarea acţiunilor externe, fapt care presupune asimilarea activă a noilor informaţii, adică reorganizarea permanentă a vechilor structuri cognitive prin integrarea noilor informaţii. În cazul elevilor cu deficienţe mintale (dar şi o parte dintre cei cu disfuncţii auditive), dat fiind caracterul lor hipoactiv (lent nemotivat, dezinteresat) sau hiperactiv (necontrolat, precipitat, repezit), activismul lor este neproductiv, iar procesul de interiorizare se desfăşoară anevoios din cauza participării sumare, defectuoase a componentei verbale, care nu reuşeşte să asigure nivelul necesar de generalizare. În consecinţă, efectul acestor tulburări afectează semnificativ procesul de acomodare a elevului la situaţia de învăţare, proces care, de multe ori, nu intervine spontan pentru a modifica/reorganiza vechile informaţii în raport cu noile cunoştinţe învăţate.

• *Principiul însuşirii temeinice a cunoştinţelor priceperilor şi deprinderilor* – conform acestui principiu, în activităţile instructiv-educative, însuşirea cunoştinţelor nu are la bază o stocare în lanţ a acestora (fenomen vizibil la elevii cu deficienţe mintale), ci ordonarea şi încadrarea lor în sisteme flexibile unde pot fi uşor actualizate şi valorificate în rezolvarea sarcinilor şcolare. Aplicarea acestui principiu presupune asigurarea aplicabilităţii cunoştinţelor şi utilizarea lor în situaţii obişnuite de viaţă, stimularea înţelegerii noilor cunoştinţe şi evitarea memorării mecanice a acestora, fixarea informaţiei în contexte variate de învăţare, solicitarea elevilor (în special a celor cu deficienţe mintale şi de auz) de a se exprima, pe cât posibil, cu cuvinte proprii, evaluarea cumulativă (sumativă) şi evaluarea continuă (formativă).

• Alături de principiile anterior prezentate şi care, în mare parte, reprezintă o adaptare a principiilor didacticii generale, în educaţia elevilor cu dizabilităţi mai intervine un principiu fundamental – *principiul asigurării unităţii instrucţiei, educaţiei, compensării, recuperării şi/sau reeducării*. Conform acestuia, toate activităţile incluse în procesul de învăţământ trebuie să vizeze, pe lângă componenta instructiv-educativă, şi o componentă compensatorie şi recuperatorie, prin antrenarea acelor structuri sau resurse psihofizice funcţionale ale copilului în asimilarea şi dezvoltarea abilităţilor necesare adaptării şi integrării socioprofesionale a acestuia.

Noile deschideri şi inovaţii promovate de educaţia incluzivă au determinat conturarea unor principii care vin să susţină activitatea educativă din şcoli şi alte servicii educaţionale şi recuperatorii pentru elevii cu cerinţe speciale (Asociaţia Naţională pentru educaţia cerinţelor speciale în Marea Britanie – NASEN, 1999) :

a) *principiul drepturilor egale* – fiecare fiinţă umană are dreptul la o dezvoltare personală, socială şi intelectuală şi trebuie să aibă asigurate ocaziile de a-şi desăvârşi potenţialul propriu de dezvoltare ;
b) *principiul unicităţii şi individualizării* – fiecare fiinţă umană este unică prin raportare la trăsături de caracter, interese, abilităţi, motivaţii şi nevoi de învăţare ;
c) *principiul diversităţii* – sistemul educaţional trebuie astfel proiectat încât să ia în calcul şi să-şi asume întreaga diversitate a categoriilor de beneficiari cărora li se adresează ;
d) *principiul accesului şi participării* – toţi cei care au nevoi/cerinţe speciale de învăţare şi/sau dizabilităţi trebuie să aibă acces la o educaţie adecvată şi de calitate.

În sinteză, putem concluziona că principiile-cheie ale incluziunii au în vedere următoarele concepte fundamentale : valorizarea diversităţii, dreptul de a fi respectat, demnitatea fiinţei umane, cerinţele individuale, responsabilitatea colectivă, dezvoltarea relaţiilor şi culturii profesionale, dezvoltarea profesională, şanse egale.

10.2.2. *Metodele de învăţământ*

Reprezintă acele căi prin care elevii ajung, în procesul de învăţământ, sub coordonarea educatorilor, la dobândirea de cunoştinţe, deprinderi, la dezvoltarea capacităţilor intelectuale şi la valorificarea aptitudinilor specifice. Orice metodă de învăţământ se transpune în practică printr-o serie de procedee didactice ; de altfel, o metodă poate fi înţeleasă şi

ca un ansamblu de procedee. După caz, o metodă poate deveni procedeu – şi invers (spre exemplu, demonstraţia, ca metodă, poate deveni procedeu în cazul metodei explicaţiei etc.).

Metodele de învăţământ sunt selectate în raport cu scopul şi obiectivele activităţii didactice, conţinutul lecţiei şi particularităţile elevilor (vârsta, nivelul dezvoltării psihice, tipul şi gradul deficienţelor/tulburărilor, nivelul şi specificitatea mijloacelor de comunicare, tipul de percepţie al elevilor – analitic sau sintetic) şi/sau stilul de lucru/personalitatea educatorului.

Principalele funcţii ale metodelor de învăţământ sunt :

- cognitivă – de dirijare a cunoaşterii în scopul însuşirii unor cunoştinţe ;
- normativă – aspecte metodologice, respectiv, modul cum să predea profesorul şi cum să înveţe elevul ;
- motivaţională – de stimulare a interesului cognitiv, de susţinere a procesului de învăţare ;
- formativ-educativ-compensatorie – de exersare, antrenare şi dezvoltare a proceselor psihice.

Analizând literatura de specialitate (Cerghit, 1980 ; Cerghit şi Bunescu, 1988 ; Mucchielli, 1982 ; Moise, 1996 ; Cucoş, 2002), putem efectua următoarele clasificări ale metodelor de învăţământ :

1. *din punct de vedere istoric* :
   a) metode clasice sau tradiţionale – expunerea, conversaţia, exerciţiul, demonstraţia etc. ;
   b) metode de dată mai recentă sau moderne – problematizarea, expunerea însoţită de mijloace tehnice, modelarea, algoritmizarea, instruirea programată etc. ;
2. *în funcţie de modalitatea principală de prezentare a cunoştinţelor* :
   a) metode verbale – bazate pe cuvântul scris sau rostit ;
   b) metode intuitive – bazate pe observarea directă, concret-senzorială a obiectelor şi fenomenelor realităţii sau a substitutelor acestora ;

   sau :
   a) metode de comunicare orală :
      – metode expozitive – povestirea, expunerea, prelegerea, explicaţia, descrierea ;
      – metode interogative – conversaţia euristică ;
      – metode care presupun discuţii şi dezbateri – problematizarea, *brainstorming*-ul ;
   b) metode bazate pe contactul cu realitatea – demonstraţia, modelarea, experimentul ;
3. *după gradul de angajare a elevilor la lecţie* :
   a) metode expozitive sau pasive – pun accent pe memoria reproductivă şi ascultarea pasivă ;
   b) metode activ-participative – favorizează activitatea de explorare personală şi interacţiunea cu ceilalţi colegi ;
4. *după forma de organizare a muncii* :
   a) metode individuale – adresate fiecărui elev în parte ;
   b) metode de predare-învăţare în grupuri de elevi (omogene sau eterogene) ;
   c) metode frontale – aplicate în activităţile cu întregul efectiv al clasei ;
   d) metode combinate – alternări/îmbinări între variantele de mai sus ;
5. *după funcţia didactică principală* :
   a) metode de predare şi comunicare ;

b) metode de fixare şi consolidare ;
c) metode de verificare şi apreciere a rezultatelor activităţii şcolare ;

6. *în funcţie de axa învăţare prin receptare* (învăţare mecanică) – *învăţare prin descoperire* (învăţare conştientă), C. Moise (1993) identifică :
a) metode bazate pe învăţarea prin receptare – expunerea, demonstraţia cu caracter expozitiv ;
b) metode care aparţin preponderent descoperirii dirijate – conversaţia euristică, observaţia dirijată, instruirea programată, studiul de caz etc. ;
c) metode de descoperire propriu-zisă – observarea independentă, exerciţiul euristic, rezolvarea de probleme, *brainstorming*-ul etc.

Prezentarea detaliată a fiecărei metode în parte este întâlnită în orice manual de pedagogie (o recomandare specială pentru lucrările autorilor : I. Cerghit, C. Moise, C. Cucoş, M. Ionescu). Din acest motiv, nu vom relua descrierea lor ; mai utilă ar fi prezentarea unor observaţii şi comentarii asupra utilizării lor în activităţile didactice circumscrise educaţiei speciale.

Utilizarea metodelor expozitive în activităţile didactice destinate elevilor cu cerinţe speciale presupune respectarea unor cerinţe :
- folosirea unui limbaj adecvat, corespunzător nivelului comunicării verbale ;
- prezentare clară, precisă şi concisă ;
- sistematizarea ideilor ;
- recurgerea la diferite procedee şi materiale didactice intuitive ;
- antrenarea elevilor prin întrebări de control pentru a verifica nivelul înţelegerii conţinuturilor de către aceştia şi pentru a interveni cu noi explicaţii şi clarificări atunci când se impune acest lucru.

Pentru elevii cu deficienţe mintale sau pentru cei cu vârste mai mici este recomandată utilizarea *povestirii* ca metodă didactică, însoţită de suporturi ilustrativ-sugestive sau imagini filmate ; astfel se captează mai uşor atenţia şi este facilitată implicarea afectiv-motivaţională a elevilor în secvenţele lecţiei. Metode ca *explicaţia* şi *descrierea* sunt folosite mai rar ca metode de sine stătătoare, ele fiind mai indicate ca procedee în cadrul altor metode, întrucât aceste metode solicită un vocabular destul de dezvoltat la elevi, iar pentru cei cu deficienţe mai accentuate acest lucru este mai greu de atins. Nu în ultimul rând, în cazul metodelor expozitive, educatorii trebuie să facă distincţie între verbalism şi verbalizare, verbalismul fiind o verbalizare exagerată, fără valenţe educative.

Metodele interogative (în special cele bazate pe *conversaţie euristică*) favorizează descoperirea noului, exersarea proceselor psihice, clarificarea, sintetizarea, consolidarea şi sistematizarea cunoştinţelor, verificarea şi evaluarea performanţelor. *Conversaţia tradiţională* (catehetică) de cele mai multe ori este contraindicată în cazul elevilor cu deficienţe, deoarece prin această metodă este favorizată memorarea mecanică. Experienţa practică a demonstrat necesitatea combinării metodelor interogative cu celelalte metode (expozitive, demonstrative, activ-participative) ; astfel se înlătură monotonia, sunt stimulate gândirea şi concentrarea atenţiei, condiţii necesare în obţinerea succesului la elevii cu cerinţe speciale.

Metodele de simulare (bazate pe *jocul didactic* şi *dramatizare*) pot fi aplicate cu succes atât în ceea ce priveşte conţinutul unor discipline (dramatizarea unor lecţii), cât

şi în formarea şi dezvoltarea comunicării la elevii cu deficienţe mintale şi senzoriale. Implicarea lor cât mai directă în situaţii şi circumstanţe de viaţă simulate (activităţi de tip „jocul de-a...") trezeşte motivaţia şi facilitează participarea activă, emoţională a elevilor, constituind şi un mijloc de socializare şi interrelaţionare cu cei din jur.

Metoda demonstraţiei ajută elevii să înţeleagă sensul structurii/elementelor de bază ale unui fenomen sau proces, prin intermediul ei educatorul prezentând elevilor obiectele şi fenomenele realităţii cu scopul de a le asigura o bază perceptivă concret-senzorială. Demonstraţia, în formele ei moderne, constituie, mai ales în cazul elevilor cu dizabilităţi, o practică obişnuită la toate disciplinele de învăţământ şi la toate activităţile de terapie educaţională care se desfăşoară sub coordonarea educatorului. Alături de metoda demonstraţiei, *exerciţiul* constituie o metodă cu o largă aplicabilitate în educaţia specială, mai ales în activităţile de consolidare a cunoştinţelor şi de antrenare a deprinderilor.

În contextul activităţilor specifice educaţiei speciale, mai ales pentru copiii cu deficienţe de intelect, tulburări asociate (autismul, sindromul Down) sau pentru cei cu tulburări senzoriale, *metoda imitaţiei* şi *procedeul înlănţuirii şi modelării* ocupă un loc foarte important datorită compatibilităţii existente între specificul acestora şi particularităţile de învăţare ale respectivelor categorii de subiecţi, pe de o parte, dar şi datorită calităţii acestor metode şi procedee, extrem de potrivite şi eficiente în situaţiile de prezentare, antrenare şi consolidare a noilor cunoştinţe şi deprinderi din diverse discipline pe care elevii trebuie să le însuşească, pe de altă parte.

În activităţile de învăţare a scris-cititului, de corectare a tulburărilor de limbaj şi în demutizarea copiilor cu surditate se utilizează cu precădere *metoda fonetică analitico--sintetică*. Această metodă respectă principiul trecerii de la uşor la greu, adică preconizează iniţial învăţarea cititului, apoi a scrisului şi pune un accent deosebit pe analiza şi sinteza fonetică şi grafică a conţinutului verbal după algoritmul: propoziţie-cuvânt--silabă-sunet-literă. Aplicarea ei presupune parcurgerea mai multor etape metodologice în învăţarea unui nou sunet:

- alegerea propoziţiei;
- împărţirea propoziţiei în cuvinte şi alegerea cuvântului cu sunetul nou;
- împărţirea în silabe a cuvântului care conţine sunetul nou;
- descompunerea silabelor în sunete, separarea şi studierea sunetului nou (corectarea şi antrenarea pronunţiei corecte a noului sunet);
- prezentarea şi studierea literei de tipar corespunzătoare sunetului nou;
- compunerea silabei care conţine noua literă, cu ajutorul alfabetului decupat, şi apoi compunerea cuvântului şi propoziţiei (tot cu alfabetul decupat);
- citirea silabei, a cuvântului şi a propoziţiei alcătuite cu alfabetul decupat;
- citirea altor cuvinte care conţin noua literă;
- citirea de propoziţii şi texte scurte;
- prezentarea literei de mână şi scrierea elementelor grafice ale acesteia, scrierea literei în întregime şi a cuvintelor care cuprind această literă, apoi scrierea de propoziţii.

În cazul copiilor cu deficienţe de auz se recomandă şi folosirea *analizei şi sintezei cuvântului* după imaginea labiovizuală (în faţa oglinzii) şi kinesteziile articulatorii corespunzătoare (palparea zonei gâtului în dreptul laringelui pentru a sesiza vibraţiile). De asemenea, la utilizarea acestei metode, cuvintele şi propoziţiile trebuie să fie cunoscute sub aspect semantic şi articulator, să aibă o componentă articulatorie simplă,

sunetul nou (grafemul) să fie situat în cuvânt într-o poziţie avantajoasă pentru a fi uşor sesizat din punct de vedere articulator şi vizual, iar cuvintele cu noul sunet să fie astfel alese încât să cuprindă o singură literă necunoscută (litera corespunzătoare noului sunet).

10.2.3. *Metode activ-participative în activitatea educativă a copiilor cu cerinţe speciale. Învăţarea prin cooperare*

În ultimul timp se invocă frecvent metodele activ-participative utilizate în practica instructiv-educativă deoarece permit elevului satisfacerea cerinţelor educaţionale prin efort personal sau în colaborare cu alţi colegi. Specific acestor metode este faptul că se stimulează interesul pentru cunoaştere, se facilitează contactul cu realitatea înconjurătoare, ele fiind subordonate dezvoltării mintale şi a nivelului de socializare al elevilor. În contextul educaţiei speciale, aceste metode constituie o resursă importantă în proiectarea activităţilor educative deoarece stimulează şi dezvoltă foarte mult învăţarea prin cooperare (lucrul în perechi sau în grupe mici de elevi), facilitând astfel comunicarea, socializarea, relaţionarea, colaborarea şi sprijinul reciproc pentru rezolvarea unor probleme sau pentru explorarea unor teme noi ; se favorizează în acest mod cunoaşterea reciprocă dintre elevi, înţelegerea şi acceptarea reciprocă, precum şi integrarea copiilor cu cerinţe speciale în colectivul clasei. Aceste metode, pe lângă eficienţa lor în activitatea didactică, dezvoltă o serie de aptitudini şi capacităţi referitoare la spiritul de toleranţă, ascultarea activă, luarea deciziei, autonomia personală, responsabilitatea şi participarea socială, formarea opiniilor şi înţelegerea corectă a realităţii.

Experienţa practică de până acum în aplicarea metodelor de învăţare prin cooperare a evidenţiat o serie de rezultate, dintre care cele mai evidente sunt :

- creşterea motivaţiei elevilor pentru activitatea de învăţare ;
- încredere în sine bazată pe acceptarea de sine ;
- competenţe sociale sporite ;
- atitudine pozitivă faţă de personalul didactic, disciplinele de studiu şi conţinutul acestora (prin folosirea acestor metode, conţinutul lecţiilor, de cele mai multe ori, suferă o serie de modificări şi adaptări care să favorizeze spiritul de investigaţie, descoperirea noului şi cooperarea între elevii clasei) ;
- relaţii mai bune, mai tolerante cu colegii ;
- capacităţi sporite de a percepe o situaţie, un eveniment sau o serie de obiecte şi fenomene şi din perspectiva celuilalt ;
- confort psihic sporit, dezvoltarea capacităţii de adaptare la situaţii noi, creşterea capacităţii de efort.

Lecţiile bazate pe învăţarea prin cooperare prezintă câteva caracteristici importante :

a) *răspunderea individuală* – se evaluează frecvent performanţa fiecărui elev care trebuie să ofere un răspuns în nume personal sau în numele grupului, iar rezultatul se comunică atât elevului, cât şi grupului din care face parte ;
b) *interacţiunea directă* – elevii se ajută unii pe alţii, încurajându-se şi împărtăşindu-şi ideile, explică celorlalţi, discută ceea ce ştiu, se învaţă unii pe alţii ;
c) *interdependenţa pozitivă* – elevii realizează că au nevoie unii de alţii pentru a duce la bun sfârşit sarcina grupului ; educatorii pot valorifica această interdependenţă pozitivă

stabilind scopuri comune („învaţă şi fii atent să poată învăţa şi ceilalţi din grup"), recompense comune („dacă toţi membrii grupului realizează un lucru, fiecare va primi o recompensă/bonificaţie"), resurse comune (o coală de hârtie pentru întregul grup sau distribuţia către fiecare membru doar a unei părţi din informaţii), roluri distribuite în grup (cel care rezumă, cel care îi încurajează pe ceilalţi, cel care formulează răspunsul etc.);

d) *deprinderi interpersonale şi de grup mic* – grupurile nu pot exista şi nici nu pot funcţiona eficient dacă elevii nu au şi nu folosesc anumite deprinderi sociale (conducerea, luarea deciziei, încrederea reciprocă, comunicarea, managementul conflictelor etc.);

e) *procesarea în grup* – elevii au nevoie să vadă cât de bine şi-au atins scopurile şi cât de eficienţi au fost în grup; profesorul monitorizează în permanenţă activitatea de învăţare a grupurilor, le oferă feedback (lor şi întregii clase), intervine şi corectează eventualele confuzii sau răspunsuri incomplete.

Pentru fiecare moment sau etapă a lecţiei se pot folosi o serie de metode sau tehnici de lucru, incluse într-o strategie adaptată disciplinei, conţinutului, vârstei şi performanţei elevilor. Principalele argumente care justifică eficienţa acestor metode activ-participative sunt:

- *diversitatea* – elevii se simt liberi să facă speculaţii, apare diversitatea de opinii şi idei, este încurajată libera exprimare a ideilor; sunt situaţii în care un singur răspuns este cel corect, iar educatorii trebuie să fie oneşti cu elevii, mediind procesul prin care aceştia ajung la răspunsul corect (în multe cazuri, acest lucru este mult mai important decât răspunsul însuşi, deoarece se încearcă evitarea adevărului unic exprimat într-o formă categorică de către profesor şi sprijinirea elevilor pentru a ajunge să se convingă singuri de adevărul respectiv – o formă democratică de abordare a procesului educaţional);
- *permisiunea* – de cele mai multe ori, elevii aşteaptă ca educatorul să le dea „singurul răspuns bun", ceea ce reduce eficienţa şi productivitatea învăţării; elevii trebuie încurajaţi să fie spontani, să li se permită exprimarea liberă a ceea ce gândesc despre o anumită temă;
- *respectul* – elevii sunt ajutaţi să înţeleagă că opiniile lor sunt apreciate şi respectate de colegi şi fiecare este dator să respecte opinia celuilalt;
- *valoarea* – când elevii îşi dau seama că opinia lor are valoare, se implică mai activ în activitatea de învăţare;
- *ascultarea activă* – elevii se ascultă unii pe alţii şi renunţă la exprimarea unor judecăţi pripite sau la impunerea propriului punct de vedere;
- *încrederea* – elevii conştientizează propria lor valoare şi devin mai încrezători în propriile forţe.

Iată, în sinteză, câteva posibile metode şi procedee de învăţare prin cooperare, care pot fi aplicate cu mare eficienţă şi în condiţiile educaţiei incluzive sau la activităţile educative cu elevii care prezintă cerinţe speciale în educaţie:

1. *Brainstorming-ul şi brainstorming-ul în perechi* – individual sau în perechi, elevii prezintă sau scriu pe hârtie toate lucrurile pe care le ştiu despre un anumit subiect (este o metodă frecvent folosită în etapa de evocare din cadrul lecţiei).

2. *Ştiu / Vreau să ştiu / am învăţat* – în activităţi cu grupuri mici sau cu întreaga clasă se trece în revistă ceea ce elevii ştiu deja despre o anumită temă şi apoi se formulează întrebări la care se aşteaptă găsirea răspunsului în timpul lecţiei, urmând ca la sfârşitul ei să se verifice ceea ce elevii au aflat după parcurgerea conţinutului lecţiei.
3. *Activitatea dirijată de citire-gândire* – constă în fragmentarea unui text astfel încât elevii să poată face predicţii despre ce se va întâmpla în fragmentul următor (se poate folosi o povestire sau un text informativ despre care elevii nu au aflat încă).
4. *Predicţiile în perechi* – pot fi folosite la diverse discipline unde elevii vor fi grupaţi în perechi (având eventual o foaie de hârtie şi un creion). Profesorul le oferă o listă de câteva cuvinte dintr-o povestire, o relatare sau un scenariu dinainte construit de el (cu informaţii din conţinutul lecţiei respective). Fiecare pereche, în urma discuţiilor, va trebui să alcătuiască o compunere sau un scenariu pe baza unor predicţii în jurul listei de cuvinte oferite. Această activitate poate fi făcută o singură dată, la început, sau poate fi repetată în decursul lecturării textului de către educator, permiţându-le elevilor să-şi modifice predicţiile de la un moment la altul al acţiunii descrise în text. În acest mod, elevii pot fi implicaţi în desfăşurarea acţiunii textului, sunt încurajaţi să emită idei şi să-şi valorifice experienţa socială şi culturală pe care o deţin.
5. *Gândiţi / lucraţi în perechi / comunicaţi* – constă în prezentarea unui subiect sau a unei teme de către educator, după care, timp de câteva minute, fiecare elev se gândeşte la problema respectivă, apoi îşi găseşte un partener cu care să discute ideile ; în final se prezintă (se comunică) tuturor colegilor concluzia la care a ajuns fiecare pereche. Această metodă poate fi utilizată cu elevi din clasele mai mari la toate disciplinele şi constituie o bună ocazie de a începe o discuţie sau de a lansa o provocare.
6. *Rezumaţi / lucraţi în perechi / comunicaţi* – este asemănătoare cu metoda anterioară, cu deosebirea că de această dată elevii citesc un text (sau ascultă lectura unui text, la clasele mai mici), după care fiecare, individual, rezumă în două fraze textul respectiv, apoi împreună cu un coleg formează o pereche ; ei îşi prezintă unul altuia rezumatele, se evidenţiază asemănările şi deosebirile şi se elaborează în comun un rezumat care va fi prezentat tuturor colegilor din clasă. Metoda poate fi aplicată şi după o discuţie asupra unui subiect, după o prezentare sau o prelegere a profesorului.
7. *Interviul în trei etape* (2-4 elevi) – educatorul adresează o întrebare sau lansează o problemă elevilor grupaţi câte trei sau câte patru. Fiecare elev se gândeşte singur la o soluţie, formulând-o chiar şi în scris. Apoi, în perechi, elevii se intervievează reciproc în legătură cu răspunsul sau soluţia identificată, după care perechile se alătură altor perechi, formând grupuri de câte 4-6 elevi în care fiecare elev prezintă soluţia partenerului sau celeilalte perechi.
8. *Turul galeriei* – în grupuri de 3-4 elevi, aceştia lucrează la o problemă sau la o sarcină care are drept rezultat un produs (sinteză, schemă, desen, compunere, grafic etc.) prezentat pe o coală de hârtie sau în altă formă ce poate fi expusă în clasă. După expunerea produselor obţinute, fiecare grup examinează cu atenţie produsele celorlalte grupe, grupele se rotesc de la un produs la altul, se discută şi, eventual, se notează comentariile, neclarităţile, întrebările care vor fi adresate celorlalte grupe. După turul galeriei, fiecare grup răspunde la întrebările celorlalţi şi clarifică unele aspecte solicitate de colegi, apoi îşi reexaminează propriile produse prin comparaţie cu celelalte. În acest mod, prin feedbackul oferit de colegi, au loc învăţarea şi consolidarea unor cunoştinţe, se valorizează produsul activităţii în grup şi se descoperă soluţii alternative la aceeaşi problemă sau la acelaşi tip de sarcină.

9. *Unul stă, trei circulă* (3-5 elevi) – în grup (grupul-„casă"), elevii lucrează la o problemă sau o sarcină care se finalizează cu obţinerea unui produs, de preferinţă realizabil în mai multe feluri. După acest moment elevii numără de la 1 la 3, 4 sau 5. Se numerotează şi grupele din clasă. La semnalul profesorului, elevii se rotesc : spre exemplu, elevii cu numărul 1 se deplasează la grupul 1, elevii cu numărul 2 la grupul 2 şi aşa mai departe. La fiecare grup va rămâne un elev-„gazdă" care va primi colegii celorlalte grupe oferind informaţii şi răspunsuri la întrebările adresate de colegii-„oaspeţi". Elevul-„gazdă" se alege prin tragere la sorţi sau se stabileşte un număr purtat de unul dintre membrii grupului care va fi „gazda" (spre exemplu, elevii cu numărul 4 sunt „gazde", ceilalţi circulă). Elevii care circulă la celelalte grupe adună informaţii noi pe care le va prezenta colegilor din grupul iniţial după ce se întorc în grupurile-„casă". Elevul care a fost „gazdă" comunică şi celorlalţi comentariile făcute de vizitatori. În urma acestui schimb de experienţă elevii finalizează produsul, valorificând experienţa acumulată prin vizitele la celelalte grupe. Aparent, este o metodă complicată, însă după câteva exerciţii ea devine destul de familiară elevilor din clasă.
10. *Linia valorilor* (participă întreaga clasă) – educatorul adresează o întrebare care permite o gradare a răspunsurilor între două extreme (spre exemplu, întrebarea poate fi legată de atitudinea unui personaj dintr-o povestire analizată la lecţie sau exprimarea unei atitudini faţă de un eveniment sau fenomen studiat etc.). După ce fiecare elev are un răspuns, se încearcă alinierea într-o ordine care să exprime situarea mai aproape sau mai departe de o extremă. După aliniere au loc discuţii cu cei din imediata vecinătate şi, dacă se consideră necesar, iar argumentele colegilor din vecinătate sunt destul de convingătoare, se poate reevalua poziţia iniţială şi adopta o nouă poziţie mai aproape de ceea ce fiecare elev simte şi poate argumenta în faţa celorlalţi colegi.
11. *Masa rotundă / Cercul* – este o tehnică de învăţare prin colaborare care presupune trecerea din mână în mână a unei coli de hârtie şi a unui creion în cadrul unui grup mic. De exemplu, un elev din grup notează o idee pe hârtie şi o dă vecinului său din stânga. Acesta scrie şi el o idee şi transmite hârtia şi creionul următorului. Metoda are şi o variantă în care fiecare membru al grupului deţine un creion de culoare diferită şi se transmite doar coala de hârtie. Această ultimă variantă are avantajul că obligă fiecare elev din grup să contribuie în mod egal la exprimarea ideilor şi permite educatorului identificarea mai uşoară a elevilor care alcătuiesc grupul. Cercul este forma orală a mesei rotunde în care fiecare membru al grupului contribuie cu o idee la discuţie, în mod sistematic, de la dreapta la stânga.
12. *„Creioanele la mijloc"* – se aplică mai mult ca o regulă în activităţile desfăşurate în grupul tipic de învăţare prin colaborare (3-6 membri) unde fiecare elev îşi semnalează contribuţia punându-şi creionul pe masă. Persoana care a pus creionul pe masă nu mai are voie să intervină până când toate creioanele colegilor nu au fost puse pe masă. Astfel, toţi membrii grupului sunt egali şi nimeni nu trebuie să domine, iar pentru a evalua activitatea din grup educatorul alege un creion şi solicită elevului respectiv să prezinte contribuţia sa la discuţia respectivă. În acest fel elevii pot învăţa să asculte şi să respecte colegii, învaţă să fie toleranţi şi să valorizeze opinia celorlalţi.

În această prezentare am încercat să sugerăm câteva modalităţi prin care se poate aplica în clasă învăţarea prin cooperare. Evident că aceste exemplificări nu trebuie

preluate ca un set de „reţete", ci se pot selecta şi adapta în funcţie de tipul disciplinei şi al lecţiei, precum şi de nivelul de vârstă şi de pregătire al elevilor. Lista metodelor şi tehnicilor este foarte vastă şi poate fi îmbogăţită şi cu alte variante, în funcţie de imaginaţia şi creativitatea educatorului.

Toate aceste elemente au implicaţii directe sau indirecte asupra componentei afectiv--motivaţionale care influenţează fundamental conduita elevului în cadrul activităţilor din clasă, atât faţă de educator (care este perceput ca un partener, nu ca o autoritate inflexibilă în raport cu cerinţele şi dorinţele lor de învăţare şi cunoaştere), cât şi pentru colegii de clasă (facilitând încrederea reciprocă, comunicarea, cooperarea şi inter-cunoaşterea).

Reperele generale în proiectarea unei lecţii bazate pe valorificarea metodelor activ--participative şi pe cooperarea în învăţare pot fi prezentate astfel (procesul planificării şi proiectării lecţiei a fost împărţit în trei etape):

Înainte de începerea lecţiei – alegerea subiectului lecţiei şi întrebări de ordin general legate de importanţa subiectului respectiv şi de scopul şi obiectivele activităţii:

a) *motivaţia faţă de lecţia respectivă*:
- cum se leagă subiectul ales de alte teme pe care elevii le-au studiat deja sau cum pot fi valorificate deprinderile formate deja în contextul lecţiei noi?
- cum îi va pregăti noua lecţie pe elevi să poată înţelege mai bine disciplina respectivă?
- în ce măsură lecţia nouă are în vedere experienţa personală a elevilor şi interesele lor pentru învăţare?
- ce informaţii din această lecţie pot fi descoperite sau construite de elevi?
- cum poate fi structurat conţinutul noii lecţii pentru a stimula o gamă largă de răspunsuri personale din partea elevilor?
- cum poate fi examinată tema din perspectivă interdisciplinară?

b) *stabilirea obiectivelor lecţiei*:
- obiective de proces – se referă la formarea, dezvoltarea sau consolidarea unor deprinderi şi capacităţi;
- obiective de conţinut – se referă la însuşirea şi cunoaşterea conţinutului noii lecţii.

c) *condiţii prealabile*:
- cunoştinţe anterioare ale elevilor;
- capacitatea de a folosi procesele de învăţare presupuse de lecţie;

d) *evaluarea* (ce dovezi vom avea că elevii au învăţat conţinutul lecţiei noi):
- să evoce anumite informaţii din conţinutul lecţiei;
- să utilizeze în mod adecvat anumite procese de gândire şi învăţare;

e) *managementul resurselor şi timpului*:
- ce resurse sunt necesare în cadrul lecţiei (texte, mijloace, aparatură etc.);
- cum voi gestiona timpul? – este întrebarea cel mai des invocată în cazul acestor tipuri de lecţie; fără o experienţă minimă de utilizare a metodelor interactive, există riscul crizei de timp şi de parcurgere rapidă a conţinutului în detrimentul calităţii şi eficienţei activităţii respective.

Lecţia propriu-zisă – desfăşurarea lecţiei include următoarele secvenţe principale:

a) *evocarea* – are în vedere răspunsul la următoarele întrebări:
- cum vom trezi curiozitatea elevilor?

- cum îi vom determina să-şi amintească cunoştinţele anterioare?
- cum îi vom mobiliza să formuleze întrebări?

b) *realizarea/construirea sensului* – urmăreşte modul cum va fi explorat conţinutul lecţiei de către elevi şi are un caracter foarte flexibil:
   - ce conţinut vom folosi şi cum va fi prezentat?
   - care este activitatea elevilor pentru a ajunge la înţelegerea conţinutului?

c) *reflexie* – sau modul cum vor folosi elevii conţinutul lecţiei: explorarea implicaţiilor, înţelesul noilor cunoştinţe în lumina propriei experienţe sau atitudinea faţă de problemele pe care le ridică unele texte;

d) *încheierea lecţiei* – modul cum se va încheia lecţia aparţine în totalitate profesorului (de exemplu, după o oră de ştiinţe care începe cu precizarea fenomenelor, cu observaţii şi discutarea cauzelor şi efectelor, este important pentru elevi ca ei să sintetizeze, într-o formă concisă, legea sau mecanismul de producere a unui fenomen asociat cu activitatea practică desfăşurată în decursul orei; după o oră de literatură, încheierea lecţiei poate să se rezume la o interogaţie care să incite elevii pentru investigaţii şi analize după programul şcolar etc.).

După terminarea lecţiei – pot urma activităţi de extindere a cunoştinţelor şi deprinderilor dobândite la experienţe obişnuite de viaţă.

Sintetizând, putem spune că marele avantaj al acestor metode constă în valenţele lor formative şi posibilitatea evaluării continue şi obiective a elevilor. Prin intermediul lor pot fi valorificate şi operaţionalizate în practică ideile de interdisciplinaritate şi transdisciplinaritate frecvent invocate în activitatea didactică, favorizând în acelaşi timp colaborarea între educatori şi desfăşurarea lecţiilor în *team-teaching* (predarea în echipe de educatori/profesori). Dezavantajul, în cazul nostru, constă în dificultatea aplicării lor într-un sistem rigid, cu un program aglomerat pentru elevi şi cu un conţinut, uneori supradimensionat, pentru majoritatea disciplinelor şcolare.

10.2.4. *Mijloacele de învăţământ şi materialele didactice*

Reprezintă ansamblul de obiecte, instrumente, produse (naturale sau de substituţie), aparate, echipamente şi sisteme tehnice care susţin şi facilitează transmiterea unor cunoştinţe, formarea unor deprinderi, evaluarea unor achiziţii şi realizarea unor aplicaţii în cadrul procesului instructiv-educativ. În contextul educaţiei speciale, materialele şi mijloacele de învăţământ deţin un rol fundamental în valorificarea principiului intuiţiei şi accesibilizarea conţinuturilor învăţării, mai ales în cazul elevilor cu deficienţe mintale şi al celor cu deficienţe senzoriale. Mijloacele şi materialele didactice facilitează percepţia directă a realităţii, solicită şi sprijină operaţiile gândirii, stimulează căutarea şi descoperirea de soluţii, imaginaţia şi creativitatea elevilor, iar integrarea şi armonizarea lor organică în cadrul lecţiilor determină creşterea gradului de optimizare şi eficienţa învăţării.

Mijloacele de învăţământ pot fi grupate în două mari categorii (Cucoş, 2002):

a) mijloace de învăţământ care cuprind mesajul didactic:
   - obiecte naturale, originale – animale vii sau conservate, ierbare, insectare, diorame, acvarii, materiale şi obiecte din mediul înconjurător etc.;
   - obiecte substitutive, funcţionale şi acţionale – machete, mulaje, modele etc.;

– suporturi figurative şi grafice – hărţi, planşe, albume, panouri etc. ;
– mijloace simbolic-raţionale – tabele cu formule sau simboluri, planşe cu litere, cuvinte, scheme structurale sau funcţionale etc. ;
– mijloace tehnice audiovizuale – diapozitive, filme, suporturi audio şi/sau video etc. ;

b) mijloace de învăţământ care facilitează transmiterea mesajelor didactice :
– instrumente, aparate şi instalaţii de laborator ;
– echipamente tehnice pentru ateliere ;
– instrumente muzicale şi aparate sportive ;
– maşini de instruit, calculatoare şi echipamente computerizate ;
– jocuri didactice obiectuale, electrotehnice sau electronice ;
– simulatoare didactice, echipamente pentru laboratoare fonice etc.

Această clasificare are un caracter relativ şi, nu de puţine ori, mijloacele care cuprind mesaj didactic sunt şi suporturi pentru facilitarea transmiterii noilor cunoştinţe, după cum şi suporturile însele induc, direct sau indirect, mesaje educaţionale.

Selecţia, stabilirea şi integrarea mijloacelor de învăţământ în cadrul unei lecţii se realizează prin racordarea permanentă a acestora la obiectivele instruirii, la conţinuturile concrete ale unităţilor de învăţare/lecţiilor, la metodele şi procedeele didactice. În cazul elevilor cu dizabilităţi, unele mijloace pot avea şi un rol compensator, antrenând dezvoltarea unor funcţii/procese psihice sau capacităţi fizice. Eficienţa utilizării lor ţine de inspiraţia şi experienţa didactică a educatorului, iar excesul utilizării lor poate conduce la receptare pasivă, unele exagerări sau denaturări ale fenomenelor etalate, reprezentări anormale şi imagini artificiale asupra realităţii şi orizontului existenţial.

10.3. Formele de organizare şi desfăşurarea procesului de învăţământ

Abordarea unor strategii de succes în activităţile didactice destinate elevilor cu dizabilităţi, cu dificultăţi de învăţare sau de adaptare şcolară presupune parcurgerea următoarelor etape :

a) cunoaşterea şi evidenţierea evoluţiei în procesul de învăţare a fiecărui elev folosind un sistem longitudinal de înregistrare a randamentului şcolar ;
b) identificarea elevilor care întâmpină dificultăţi sau care nu reuşesc să facă faţă exigenţelor programului educativ din şcoală ;
c) diagnosticarea elevilor cu dizabilităţi sau cu dificultăţi de învăţare (de ce natură sunt dificultăţile, care sunt disciplinele unde apar aceste dificultăţi, nivelul de interes, lacunele în cunoştinţe etc.) ;
d) depistarea complexului cauzal care a determinat apariţia dificultăţilor de învăţare (prezenţa unor deficienţe, mediul familial, probleme de adaptare, tulburări de comportament, eşec şcolar repetat etc.) ;
e) proiectarea unui curriculum diferenţiat şi personalizat în funcţie de situaţiile şi problemele identificate ;
f) desfăşurarea unui proces didactic activ, formativ, cu accent pe situaţii motivaţionale favorabile învăţării şi pe evaluarea formativă ;
g) colaborarea cu specialişti din cadrul serviciilor de sprijin, consiliere şcolară şi antrenarea familiei.

Organizarea activităţilor didactice, inclusiv cele din domeniul terapiei educaţionale, se bazează pe un proces de proiectare didactică (acţiune de anticipare şi prefigurare a unui demers educaţional care să poată fi operaţionalizat în practică) ; se realizează în mai multe etape şi cuprinde mai multe niveluri de proiectare. În funcţie de perioada de timp pentru care se realizează proiectarea, putem identifica (vezi Vlăsceanu, 1988) :

- *proiectarea globală* – are ca referinţă un ciclu de instruire sau un an şcolar, operează cu obiective, conţinuturi şi criterii de evaluare mai largi şi se concretizează în elaborarea planurilor de învăţământ şi a programelor analitice (pentru fiecare disciplină/obiect de studiu) ; creează cadrul, limitele şi posibilităţile proiectării eşalonate ;
- *proiectarea eşalonată* – constă în elaborarea programelor de instruire specifice unei discipline pe trei planuri temporale : anul şcolar, trimestrul/semestrul şcolar şi ora şcolară.

Proiectarea unei discipline[1] pentru un an sau trimestru/semestru şcolar constă în planificarea, eşalonată pe lecţii şi repere temporale exacte, de predare a materiei respective, în conformitate cu programa şcolară unde sunt prevăzute capitolele, temele şi subtemele, cu numărul corespunzător de ore pentru tratarea acestora. Proiectarea unei lecţii constă în identificarea secvenţelor instrucţionale care se vor derula în cadrul unui timp bine determinat, respectiv o oră şcolară[2], concretizându-se, de la caz la caz, în proiecte de lecţie, scenarii didactice, proiecte de activităţi educative recuperativ-compensatorii, planuri de lecţie etc.

În activitatea de proiectare au fost identificate patru etape fundamentale :

1) Prima etapă – *ce voi face ?* – reprezintă etapa de identificare şi de dimensionare a obiectivelor educaţionale ale lecţiei. Precizarea clară a obiectivelor educaţionale, formularea lor într-o manieră operaţională reprezintă condiţia fundamentală a proiectării unei lecţii. La definirea obiectivelor unei lecţii este necesară respectarea următoarelor reguli (vezi Vlăsceanu, 1988) :

a) un obiectiv nu descrie activitatea profesorului, ci schimbarea aşteptată să se producă în urma instruirii elevului ;
b) obiectivul trebuie formulat în termeni comportamentali expliciţi, prin utilizarea unor verbe de acţiune ;
c) fiecare obiectiv concret trebuie să vizeze o operaţie singulară, şi nu o asociaţie sau o multitudine de operaţii mai mult sau mai puţin distincte, pentru a facilita măsurarea şi evaluarea ;
d) în elaborarea şi exprimarea unui obiectiv se vor utiliza cât mai puţine cuvinte pentru a uşura referirea la conţinutul său specific ;

1. În activităţile cu elevii care prezintă, în special, deficienţe mintale, proiectarea globală şi eşalonată trebuie să aibă un caracter mult mai flexibil, având în vedere că se realizează şi în funcţie de diagnosticul şi prognosticul evoluţiei acestora pe termen scurt şi pe termen lung ; în acelaşi timp, proiectarea activităţilor didactice pentru această categorie de elevi prezintă un grad de relativitate mai mare, existând posibilitatea de a revizui proiectarea iniţială în funcţie de ritmul recuperării şi gradul de asimilare a cunoştinţelor şi deprinderilor evaluate după o anumită perioadă de timp.
2. În cele mai multe cazuri, ora şcolară întâlnită în educaţia specială a elevilor cu deficienţe mintale şi senzoriale este mai redusă (între 30 şi 40 de minute), comparativ cu ora obişnuită din şcolile de masă (între 45 şi 50 de minute).

e) obiectivele să fie integrate şi derivabile logic, pentru a fi asociate construcţiei logice a conţinutului informaţional şi a situaţiilor instructive.

Obiectivul educaţional trebuie să vizeze delimitarea unei conduite sau achiziţii educative care să fie redată în termeni de comportamente identificabile, vizibile, concrete, iar exprimarea sa implică o mare responsabilitate din partea educatorului, deoarece se pot genera unele confuzii care să determine, din start, eşecul unei lecţii.

2) A doua etapă – *cu ce voi face ?* – vizează stabilirea resurselor educaţionale, delimitarea conţinutului învăţării (informaţii, abilităţi, atitudini, valori), a resurselor psihologice (capacităţi de învăţare, motivaţie) şi a resurselor materiale şi procedurale care condiţionează buna desfăşurare a procesului didactic (spaţiu, timp, metode şi materiale didactice). De asemenea, resursele activităţii didactice se referă la :

a) resursele umane – personalitatea elevului, motivaţia, capacităţile sale de învăţare şi exprimare, experienţa educatorului etc. ;
b) resursele materiale – manuale, materiale didactice, mijloace audiovizuale, locul de desfăşurare, alte materiale şi mijloace (planşe, hărţi, culegeri, cărţi de poveşti, jocuri etc.) ;
c) resurse procedurale – forma de organizare a clasei (designul clasei), modalităţi/metode de organizare a activităţii (activităţi individuale, pe grupe, activităţi interactive etc.), metode şi procedee de predare-învăţare, gestionarea timpului.

Conţinutul educativ trebuie să realizeze un echilibru între componentele informative şi cele formative (inclusiv cele recuperativ-compensatorii).

3) A treia etapă – *cum voi face ?* – se referă la conturarea strategiilor didactice optime, adică a unor sisteme coerente de forme, metode, materiale şi mijloace educaţionale pe baza cărora să se atingă obiectivele activităţii didactice. Imaginaţia şi stilul de lucru al educatorului vor permite alegerea, combinarea şi valorificarea, mai mult sau mai puţin eficientă, a componentelor triadei metode-materiale-mijloace didactice.

4) Etapa finală – *cum voi şti dacă ceea ce mi-am planificat a fost realizat ?* – vizează stabilirea strategiilor, metodelor şi tehnicilor de evaluare pornind de la obiectivele operaţionale ale activităţii. Pe de o parte, evaluarea urmăreşte raportul dintre rezultatele obţinute şi rezultatele scontate (prevăzute în obiective) şi, pe de altă parte, identifică nivelul eficienţei activităţii în funcţie de modul de valorificare a tuturor resurselor utilizate în activitatea didactică.

Pentru a sprijini înţelegerea demersului de proiectare didactică, vă prezentăm un cadru interogativ (propus de Miron Ionescu în lucrarea *Demersuri creative în predare şi învăţare*, apărută în anul 2000) menit să ghideze efortul de proiectare a activităţilor instructiv-educative şi recuperativ-compensatorii :

Activitatea pedagogică	**Întrebări la care răspunde activitatea pedagogică**	**Acţiuni care trebuie realizate de către educator**
Proiectare	Ce se urmăreşte ?	Precizarea obiectivelor operaţionale ale activităţii didactice.
	În ce condiţii : unde, cât, în cât timp ?	Analiza caracteristicilor mediului de instruire, a restricţiilor existente şi stabilirea timpului de instruire.

Activitatea pedagogică	Întrebări la care răspunde activitatea pedagogică	Acţiuni care trebuie realizate de către educator
Proiectare	În ce condiţii : cu cine, pentru cine ?	Analiza resurselor psihologice ale elevilor, a nivelului intelectual şi motivaţional al acestora etc.
	Cu ce se vor realiza cele propuse ?	Analiza resurselor materiale existente şi stabilirea resurselor care pot fi confecţionate de educator.
	Cum se va proceda ?	Elaborarea strategiei de instruire, centrată pe obiectivele operaţionale.
	Cum se va şti că s-au realizat cele propuse ?	Conceperea de probe de evaluare centrată pe obiectivele operaţionale.
Realizare	Cum s-a procedat ?	Realizarea unei retrospective critice şi autocritice a modului de derulare a activităţii didactice şi realizarea analizei metodice a secvenţelor de instruire.
Evaluare	Ce rezultate s-au obţinut ?	Administrarea probelor de evaluare proiectate, analizarea răspunsurilor şi a rezultatelor şi stabilirea măsurii în care au fost atinse obiectivele operaţionale.
Reglare	Ce trebuie făcut în continuare ?	Imaginarea şi elaborarea unor strategii de instruire ameliorative (eventual a unor programe de recuperare, de compensare, de dezvoltare) pe diferite componente (cognitiv, psihomotrice, abilităţi practice etc.).

Un proiect de lecţie eficient se caracterizează prin :
- adecvare la situaţii didactice concrete ;
- operaţionalitate – posibilitatea de a fi descompus în secvenţe acţionale şi operaţiuni distincte ;
- flexibilitate/adaptabilitate – posibilitatea integrării din mers a unor strategii/idei apărute chiar în cursul desfăşurării procesului didactic ;
- economicitate – posibilitatea ca într-un cadru strategic simplu să se realizeze cât mai multe din punct de vedere practic.

Lecţiile pot fi, la rândul lor, de mai multe tipuri :
- lecţie mixtă (combinată) ;
- lecţie de comunicare/însuşire de noi cunoştinţe ;
- lecţie de recapitulare, sistematizare şi aprofundare ;
- lecţie de formare de priceperi şi deprinderi specifice unor domenii (abilităţi practice, desen, muzică, educaţie fizică, gramatică etc.) ;
- lecţie de apreciere şi evaluare a rezultatelor şcolare ;
- lecţii de tip vizite sau excursii ;
- activităţi educativ-terapeutice (logopedie, terapii ocupaţionale, ludoterapie etc.).

Fiecare lecţie se desfăşoară în baza unui proiect didactic care cuprinde în structura sa următoarele elemente :

a) disciplina/obiectul, data, clasa, subiectul lecţiei, tipul de lecţie, obiectivul fundamental ;
b) obiective operaţionale : informativ-formative şi compensator-recuperatorii (elaborate pentru cele trei domenii fundamentale : cognitiv, afectiv şi psihomotor) ;
c) strategii didactice : metode, materiale şi mijloace de învăţământ ;

d) desfăşurarea lecţiei – cuprinde :
- secvenţele lecţiei ;
- momentul organizatoric şi captarea atenţiei ;
- informarea cu privire la obiectivele de atins ;
- verificarea cunoştinţelor însuşite anterior ;
- prezentarea elementelor de conţinut ;
- obţinerea performanţei ;
- asigurarea feedbackului ;
- evaluarea performanţelor obţinute ;
- consolidarea retenţiei şi a capacităţilor de transfer ;
- obiectivele propuse ;
- conţinutul şi timpul corespunzător ;
- activitatea educatorului ;
- activitatea elevilor ;
- metode şi mijloace de învăţământ utilizate ;
- observaţii.

Pentru exemplificare, prezentăm câteva tipuri de lecţii şi secvenţele corespunzătoare :

1) *Lecţia mixtă* :
- momentul organizatoric ;
- verificarea cunoştinţelor însuşite anterior ;
- pregătirea elevilor pentru dobândirea noilor cunoştinţe ;
- anunţarea noii teme şi a obiectivelor (profesorul comunică elevilor într-o formă accesibilă ce aşteaptă de la ei la sfârşitul activităţii) ;
- comunicarea şi însuşirea noilor cunoştinţe ;
- fixarea şi sistematizarea conţinuturilor predate ;
- explicaţii pentru continuarea învăţării acasă şi pentru realizarea temei.

2) *Lecţia de formare de priceperi şi deprinderi* specifice unor domenii de activitate diverse (abilităţi practice/lucru manual, activităţi de terapie educaţională, desen, muzică, educaţie fizică, gramatică etc.) ;
- momentul organizatoric ;
- precizarea temei şi a obiectivelor activităţii ;
- actualizarea sau însuşirea unor cunoştinţe necesare desfăşurării activităţii ;
- demonstraţia sau execuţia-model (realizată, de obicei, de către educator) ;
- antrenarea elevilor în realizarea activităţii (cu ajutorul educatorului) ;
- realizarea independentă a activităţii de către fiecare elev (lucrare, exerciţiu etc.) ;
- aprecierea performanţelor elevilor şi precizări privind modul de continuare a activităţii.

Variantele acestui tip de lecţie pot fi identificate în funcţie de specificul domeniului de activitate şi de locul desfăşurării activităţii :
- lecţia de formare a unor deprinderi de activitate intelectuală – analiza unui text, analiză gramaticală, rezolvare de exerciţii şi probleme, realizarea unei compuneri etc. ;
- lecţia de formare a unor deprinderi motrice – specifică educaţiei fizice, lucrului manual sau abilităţilor motrice ;

- lecţia de formare a unor deprinderi tehnice – utilizarea unor instrumente tehnice, operarea pe computer etc. ;
- lecţia de laborator ;
- lecţia-excursie ;
- lecţia de activitate independentă – cazul formelor de terapie educaţională ;
- lecţia cu caracter practic (aplicativ) – orele de atelier, activităţi de terapie ocupaţională etc.

3) *Lecţia de comunicare/însuşire de noi cunoştinţe* – are un obiectiv didactic fundamental (însuşirea de noi cunoştinţe), dar prezintă o structură mixtă, mai ales la clasele mici (ponderea celorlalte etape corespunzătoare tipului mixt au o pondere mult mai mică) :

- momentul organizatoric ;
- verificarea cunoştinţelor însuşite anterior (pe scurt) şi pregătirea elevilor pentru dobândirea noilor cunoştinţe (stabilirea legăturii cu vechile cunoştinţe) ;
- anunţarea noii teme şi captarea interesului / trezirea motivaţiei pentru noua temă ;
- comunicarea şi însuşirea noilor cunoştinţe (ocupă cea mai mare parte din structura lecţiei) ;
- fixarea şi sistematizarea conţinuturilor predate ;
- momentul de încheiere şi anunţarea temei pentru acasă.

4) *Lecţia de fixare, sistematizare, aprofundare sau recapitulare* – vizează în principal consolidarea cunoştinţelor însuşite pe baza redimensionării conţinuturilor în jurul unor idei cu valoare cognitivă relevantă, astfel încât elevii să poată realiza conexiuni şi aplicaţii în contexte din ce în ce mai largi ale cunoaşterii. Structura orientativă cuprinde :

- anunţarea conţinutului/temei, a obiectivelor şi a unui plan de recapitulare (acesta se realizează/propune în lecţia anterioară şi se reaminteşte la începutul noii lecţii) ;
- recapitularea conţinutului pe baza planului stabilit ;
- realizarea de către elevi a unor lucrări sau activităţi individuale pe baza cunoştinţelor recapitulate ;
- aprecierea activităţii elevilor ;
- anunţarea şi explicarea temei.

5) Activităţi de terapie ocupaţională, îndeletniciri practice etc. – în aceste situaţii întâlnim următoarele secvenţe principale (aceste tipuri de activităţi au o structură mult mai flexibilă şi permit o organizare la libera iniţiativă a educatorului) :

- anunţarea obiectivului activităţii şi intuirea globală a unui model (se poate porni de la o poveste, un tablou sau o imagine sugestivă, un fragment muzical, alte mijloace şi materiale intuitive) ;
- prezentarea instrumentelor şi a materialelor de lucru (se trec în revistă toate materialele şi instrumentele ce vor fi folosite pe parcursul activităţii) ; în acest caz se va acorda atenţie vocabularului utilizat care trebuie să fie însuşit, înţeles şi corect folosit de către elevi ;
- intuirea modelului pe părţi componente ;
- modalităţi de asamblare ;
- activitatea independentă propriu-zisă cu pondere ca timp şi ajutor individual ;
- analiza şi aprecierea activităţii elevilor (se poate face şi pe fragmente în timpul activităţii).

În anumite situaţii, pentru lucrări sau activităţi mai ample, activitatea poate fi extinsă pe parcursul mai multor ore/lecţii.

Tipologia lecţiilor şi specificarea fiecărui tip de lecţie nu trebuie abordate ca şabloane sau reţete care condiţionează în mod categoric activitatea educatorului. Practica educativă trebuie să rămână deschisă şi permisivă la noi ipostaze de abordare a actului didactic, mai ales în cazul copiilor cu dizabilităţi, astfel încât să poată fi sugerate sau introduse noi modalităţi de structurare a conţinuturilor şi de prefigurare a priorităţilor unei lecţii sau activităţi educative cu caracter terapeutic sau recuperator-compensator.

10.4. Activităţi de terapie educaţională

În ultimii ani, aplicarea programelor educaţional-terapeutice a avut în vedere caracterul complex şi integrativ al acestora, organizarea lor în perspectiva şcolii incluzive şi a principiilor educaţiei integrate şi valorificarea resurselor de învăţare conexe, oferite elevilor cu cerinţe speciale de către şcoală, familie şi mediul social (constituit din contextul actual şi ulterior învăţării). Acest demers oferă o largă deschidere spre normalitate, ceea ce, în viziunea contemporană, înseamnă a oferi persoanelor cu cerinţe educative speciale modele şi condiţii de viaţă cotidiană cât mai apropiate de condiţiile şi modurile de viaţă obişnuite. Normalizarea trebuie percepută ca un proces reciproc de acceptare a persoanei cu dizabilităţi de către comunitate şi de participare a acesteia la viaţa comunităţii.

În scopul ameliorării programelor de recuperare şi terapie a elevilor cu cerinţe speciale, Carol Ouvry a propus în anul 1987 un curriculum-model pentru elevii cu deficienţe intelectuale, structurat pe patru arii de dezvoltare:

a) aria de dezvoltare fizică, având ca obiectiv central mişcarea corpului, motricitatea grosieră, imaginea corporală, manualitatea, fizioterapia;
b) aria de dezvoltare perceptivă, având ca obiectiv central percepţia motorie şi conştientizarea aferenţelor senzoriale (vizuale, auditive, gustative, olfactive, proprioceptive);
c) aria de dezvoltare intelectuală, având ca obiectiv central formarea abilităţilor cognitive (abilităţile logico-matematice, formarea conceptelor, înţelegerea situaţiilor, formarea proceselor cognitive) şi a comunicării (receptive şi expresive);
d) aria de dezvoltare personală şi socială, având ca obiectiv central independenţa copilului într-un mediu cât mai restrictiv posibil, cu componentele: autonomia personală (autoservirea, autoîngrijirea), autonomia socială (adaptarea la viaţa cotidiană) şi competenţele sociale.

Aceste patru arii de dezvoltare pot fi considerate coordonatele majore ale educaţiei speciale care formează structura primară a unui curriculum pentru elevii cu diferite tipuri de deficienţă, indiferent de natura sau gravitatea deficienţei şi de nivelul de şcolarizare, urmând ca obiectivele şi componentele constitutive ale ariilor de dezvoltare să fie completate sau adaptate în funcţie de particularităţile elevilor cu cerinţe speciale şi de nivelul lor de şcolarizare. Acest mod de organizare poate fi considerat o măsură de flexibilizare a curriculumului, asigurând totodată principiul normalizării prin faptul că este centrat pe copil (sunt urmărite şi recuperarea biopsihică, şi recuperarea socială).

Pornind de la acest curriculum-model au fost dezvoltate în timp mai multe forme de terapie incluse în categoria terapiilor educaţionale[1] (terapia ocupaţională, terapia cognitivă, psihoterapia de expresie, meloterapie, ludoterapie, dezvoltarea autonomiei personale şi sociale etc.).

10.4.1. *Terapia ocupaţională*

Această terapie se constituie într-o activitate care valorifică informaţii din domeniile anatomiei, fiziologiei, pedagogiei, psihologiei, sociologiei, antropologiei şi, în general, cunoştinţele provenite de la majoritatea ştiinţelor care studiază comportamentul uman, realizând astfel o sinteză informaţională între cunoştinţele provenite din diverse ştiinţe particulare.

Asociaţia Americană de Terapie Ocupaţională subliniază faptul că această formă de terapie reprezintă „arta şi ştiinţa de a dirija modul de răspuns al omului faţă de activitatea selecţionată, menită să promoveze şi să menţină sănătatea, să împiedice evoluţia spre infirmitate, să evalueze comportamentul şi să trateze sau să antreneze persoana cu disfuncţii fizice sau sociale" (1968). Încercările ulterioare de a defini terapia ocupaţională au urmat aceeaşi linie, diferenţele dintre ele ţinând, în special, de sublinierea importanţei unui aspect sau a altuia, în vederea circumscrierii mai exacte a obiectului de studiu sau a elementelor principale din cadrul programului de intervenţie. În acest sens, pe plan mondial este încă larg răspândită o altă definiţie, care consideră terapia ocupaţională ca fiind „arta şi ştiinţa de a dirija participarea persoanei spre îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a restabili, susţine şi îmbogăţi performanţa, de a uşura învăţarea acelor abilităţi şi funcţii esenţiale pentru adaptare şi productivitate, de a diminua sau corecta aspectele patologice şi de a promova şi menţine sănătatea individului" (Council on Standards, AJOT, 1972). Elementul comun şi general al tuturor definiţiilor date terapiei ocupaţionale de către diverşi autori se bazează pe conceptul de *activitate* sau *ocupaţie*. Orice activitate umană are la bază o componentă motivaţională, o structură (auto)organizată şi un scop bine stabilit, în raport cu care se autoreglează. Activitatea presupune o înlănţuire sau un sistem ierarhizat de acţiuni care, la rândul lor, cuprind operaţii prin intermediul cărora are loc transformarea obiectelor materiale şi/sau a informaţiilor sau ansamblurilor informaţionale în scopul ameliorării sau dezvoltării capacităţii individuale de adaptare şi integrare în contextul relaţiilor sociale sau comunitare a persoanei.

Unii autori contemporani încearcă să clasifice mai analitic domeniile de acţiune ale terapiei ocupaţionale, contribuind astfel la eliminarea unor confuzii şi neclarităţi care persistă într-o disciplină aflată într-un amplu proces de formare, oferind în acelaşi timp un ghid de acţiune pentru specialişti. Astfel, Peggy Denton propune în una dintre lucrările sale (1987) o clasificare a principalelor arii de acţiune în terapia ocupaţională. În opinia autoarei, acţiunea specialiştilor din domeniul terapiei educaţionale se exercită în următoarele direcţii de bază :

- stimularea responsabilităţii în diverse situaţii de viaţă ;
- formarea deprinderilor de autonomie şi igienă personală ;

1. Vezi lucrarea coordonată de I. Muşu şi A. Taflan, *Terapia educaţională complexă şi integrată*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti, 1997.

- cultivarea deprinderilor de muncă ;
- formarea imaginii de sine şi stimularea încrederii în propria persoană ;
- cultivarea autocontrolului şi expresivităţii personale ;
- educarea capacităţilor cognitive ;
- educarea capacităţii de reacţie la diverse situaţii de viaţă ;
- antrenarea funcţiei neuromusculare ;
- antrenarea integrării senzoriale ;
- sprijinirea relaţiilor interpersonale ;
- educarea capacităţii de acţiune în funcţie de constrângerile şi resursele de mediu.

Rezumând elementele prezentate anterior, putem spune că activitatea de terapie ocupaţională acţionează în trei mari domenii generale, care includ alte domenii particulare. Domeniile generale sunt :

- formarea deprinderilor de viaţă cotidiană ;
- cultivarea capacităţilor şi aptitudinilor pentru muncă ;
- educarea abilităţilor pentru diverse jocuri şi petrecerea timpului liber.

Pentru atingerea unui nivel funcţional optim în domeniile respective este necesară educarea subiecţilor în direcţia obţinerii unor rezultante performante specifice într-o serie de structuri ale personalităţii, şi anume senzorio-motorii, cognitive şi psihosociale.

Au existat numeroase discuţii în legătură cu delimitarea ramurilor de studiu care compun domeniul terapiei ocupaţionale şi al distincţiilor dintre ele. Astfel, în literatura românească de specialitate, Emil Verza arată că terapiile ocupaţionale sunt de mai multe feluri, dar, pentru persoanele cu deficienţe, cele mai semnificative se referă la ludoterapie, muzicoterapie, terapia prin dans şi ergoterapie. Al. Popescu arată în acest sens că terapia ocupaţională propriu-zisă cuprinde artterapia, ludoterapia, meloterapia, biblioterapia, terapia recreaţională, cultura fizică medicală, ocupaţiile uşoare ca lutterapia (diverse procedee de modelare a lutului), broderia etc., ce implică afectivitate, simţ estetic, beneficiu economic (în plan secundar). Acelaşi autor face distincţie între ergoterapie şi alte activităţi de muncă efectuate de subiecţi. El defineşte ergoterapia ca fiind terapia prin muncă remunerată şi asigurată, pe cât posibil, pe bază de autofinanţare (se întâlneşte frecvent în instituţii de tipul spitale de psihiatrie, centre de recuperare, secţii pentru bolnavi cronic etc.). În învăţământ, mai ales în şcolile profesionale, unde cointeresarea materială a elevilor lipseşte, ergoterapia este înţeleasă în alt mod, accentul fiind pus pe o pregătire cât mai bună a cursanţilor în vederea integrării profesionale ulterioare, existând un alt mod de organizare a recompenselor acordate elevilor. Întregul ansamblu al domeniilor subsumate terapiei ocupaţionale, care includ la rândul lor metode şi procedee specifice, contribuie în final la realizarea unor obiective comune ce se referă la recuperarea, adaptarea şi integrarea profesională a persoanelor bolnave sau cu diferite tipuri de deficienţe.

Specialiştii care aplică diferite forme de terapie ocupaţională sunt preocupaţi, în principal, de următoarele aspecte fundamentale :

- să realizeze însuşirea de către subiect a unei deprinderi pierdute sau cu un nivel redus de funcţionare ;
- să contribuie la învăţarea de noi deprinderi şi abilităţi menite să le compenseze pe cele care au dispărut din diverse motive.

În trecut, terapiile ocupaţionale erau adresate în special persoanelor cu deficienţe fizice. În zilele noastre, activităţile de terapie ocupaţională se adresează unei game mai largi de subiecţi cum ar fi : subiecţi care prezintă retard mintal, cu dificultăţi în învăţare, cu tulburări afective, nevăzători, persoane cu pierderi grave de auz, bolnavi psihic. Cadrul instituţional în care se desfăşoară activităţile de terapie ocupaţională este foarte divers, cuprinzând spitale, clinici, centre de zi, şcoli, ateliere, precum şi alte aşezăminte comunitare.

Majoritatea specialiştilor, atât din domeniul medical, cât şi din cel educaţional, consideră că principalele forme de ocupaţii ale fiinţei umane sunt munca, jocul şi activităţile de viaţă cotidiană.

Activităţile de muncă includ, în general, toate formele de activităţi productive, indiferent dacă sunt recompensate sau nu. Prin specificul lor, contribuie la structurarea statutului şi rolului persoanei în viaţa socială, determinând instalarea unui echilibru psihic, creşterea încrederii în sine şi conştientizarea valorizării sociale ca urmare a utilităţii rezultatului muncii în comunitatea din care face parte. Efectele pozitive ale activităţilor de muncă sunt vizibile şi la persoanele cu diferite tipuri de dizabilităţi, unde procesul de recuperare a deficienţelor acestora trebuie să includă şi activităţi de muncă şi de profesionalizare, iar mai târziu, în cazul imposibilităţii integrării lor profesionale, este necesar să fie menţinute în cadrul unor activităţi de ergoterapie.

Utilizarea jocului ca activitate organizată de terapie ocupaţională a fost subliniată de numeroase cercetări, având efecte remarcabile în dezvoltarea senzorială, motrice, cognitivă şi socială a copilului. Jocul, ca activitate, este constituit dintr-o gamă diversă de acţiuni şi comportamente ludice specifice, care se desfăşoară de la vârsta copilăriei până la bătrâneţe, având un rol esenţial în procesul de socializare a persoanei, în vederea integrării ei optime în societate.

Activităţile de viaţă cotidiană cuprind o gamă largă de acţiuni necesare în vederea adaptării persoanei la mediul său de viaţă. Acestea includ formarea de comportamente implicate în îngrijirea propriului corp, întreţinerea spaţiului de locuit, precum şi folosirea serviciilor din comunitate, asigurându-se astfel realizarea sarcinilor curente ale existenţei, indispensabile supravieţuirii individului.

Desfăşurarea procesului de terapie ocupaţională are în vedere următoarele obiective :

- dezvoltarea, menţinerea şi recuperarea nivelului de funcţionare al organismului fiecărei persoane ;
- compensarea deficienţelor funcţionale prin preluarea funcţiilor afectate de componentele valide ale organismului persoanei ;
- prevenirea destructurării anumitor funcţii ale organismului ;
- inducerea unei stări de sănătate şi încredere în forţele proprii ale persoanei.

Un plan de intervenţie din domeniul terapiei ocupaţionale pentru elevii cu cerinţe speciale trebuie să cuprindă în detaliu activităţi din cele trei domenii fundamentale de acţiune :

a) activităţile de viaţă cotidiană trebuie să includă acţiuni cum ar fi, spre exemplu, pieptănatul, spălatul dinţilor, îmbrăcatul, hrănitul, care conduc la autonomia personală ; de asemenea, sunt vizate acţiuni care urmăresc folosirea mijloacelor de transport în comun, a telefonului, efectuarea de cumpărături, reguli de politeţe în societate etc. ;

b) activităţile de muncă pot include îngrijirea hainelor, pregătirea mesei, întreţinerea casei sau a spaţiului de locuit, gestiunea financiară, cultivarea deprinderilor de muncă în activităţi productive etc. ;
c) activităţile de joc şi *loisir* pot viza în principal explorarea diverselor categorii de jocuri accesibile persoanei, obţinerea de performanţe în anumite jocuri sau activităţi recreative, mergând până la trezirea interesului subiectului pentru anumite *hobby*-uri, inclusiv din domeniul artistic ; se urmăreşte şi participarea la anumite tipuri de spectacole specifice vârstei, la competiţii sportive, cercuri pe domenii, activităţi culturale desfăşurate la nivelul comunităţii.

Intervenţia organizată pe aceste direcţii determină formarea de deprinderi şi capacităţi în conformitate cu scopul urmărit al programului de intervenţie, provocând totodată o serie de modificări la nivelul componentelor senzorio-motorii, cognitive şi psihosociale ale persoanei.

Modificările din componenta senzorio-motorie se referă la :
- integrarea senzorială cu accent pe dezvoltarea sensibilităţii, formarea percepţiilor kinestezice, a schemei corporale, localizarea spaţială etc. ;
- zona neuromusculară care cuprinde realizarea reflexelor, a tonusului muscular, dezvoltarea lateralităţii, antrenarea motricităţii generale şi fine etc. ;
- controlul şi coordonarea mişcărilor, în general, şi a mişcărilor fonoarticulatorii implicate în folosirea limbii, în particular.

Exersarea componentelor cognitive urmăreşte dezvoltarea activităţilor de cunoaştere în ansamblul lor, orientarea în spaţiu şi timp, activizarea atenţiei şi a memoriei, formarea noţiunilor, folosirea individuală a conceptelor, rezolvarea de probleme etc. Educarea componentelor psihosociale ale persoanei se referă la asumarea de roluri şi valori existente în mediul social, la cultivarea de interese, îmbunătăţirea relaţiilor sociale, formarea abilităţilor implicate în susţinerea unui proces de comunicare, formarea deprinderilor de autogospodărire şi a capacităţilor de autocontrol în activitate etc.

Procesul de terapie ocupaţională este deosebit de complex, iar desfăşurarea lui în mod ştiinţific necesită parcurgerea următoarelor faze :
- evaluarea şi interpretarea nevoilor subiectului ;
- planificarea intervenţiei ;
- selecţionarea şi adaptarea echipamentelor folosite ;
- înregistrarea şi evaluarea progreselor realizate.

Evaluarea este focalizată pe următoarele aspecte :
a) *nivelul motricităţii grosiere şi fine* – se referă la caracteristicile mişcărilor corpului în ansamblu, precum şi la caracteristicile unor mişcări specifice, cum ar fi, de exemplu, mişcările de prehensiune şi manipulare implicate în acţiunile de scriere, tăiat, colorat etc. ;
b) *nivelul de dezvoltare a percepţiei mişcărilor* – se referă în principal la recepţia şi decodificarea stimulilor prin toate categoriile de analizatori (vizual, auditiv, olfactiv, gustativ, proprioceptiv) şi la coordonarea mişcărilor ;
c) *nivelul de dezvoltare a aptitudinilor sociale şi de comunicare* – se referă la caracteristicile interacţiunilor subiectului cu persoanele din jur în diferite situaţii, la modul de înţelegere a mesajului verbal ;

d) *caracteristicile activităţilor de viaţă cotidiană* – se referă la studierea deprinderilor implicate în igiena şi autonomia personală.

Informaţiile necesare evaluării trebuie completate cu date oferite de cadre didactice, asistenţi sociali, medici etc. Deosebit de utilă este şi angajarea familiei subiectului în vederea culegerii de date şi informaţii.

Planificarea intervenţiei constă în stabilirea unui program terapeutic din diverse domenii de acţiune ale terapiei ocupaţionale care trebuie să ţină seama de nivelul educaţional al subiectului, caracteristicile deficienţei, statutul actual, mediul cultural în care trăieşte şi motivaţia sa pentru schimbare. Această fază se poate divide, la rândul ei, în mai multe etape distincte :

a) *alegerea obiectivelor* – pot fi obiective pe termen scurt sau obiective pe termen lung ; au un caracter operaţional, iar formularea lor va include termeni cât mai concreţi, cuantificabili şi măsurabili ; trecerea la un obiectiv pe termen lung, mai general, este condiţionată de atingerea obiectivelor pe termen scurt, demonstrată prin performanţele corespunzătoare ale subiectului într-o anumită activitate ;
b) *elaborarea planului terapeutic* – se referă la descrierea metodelor şi procedeelor care se folosesc pentru atingerea obiectivelor stabilite şi cuprinde sinteza activităţilor desemnate în vederea realizării unui nivel de performanţă al deprinderilor şi capacităţilor unei persoane ; principalele caracteristici ale unui plan terapeutic trebuie să fie flexibilitatea şi mobilitatea, pentru a putea fi adaptat cu uşurinţă în cazul în care o evaluare intermediară nu înregistrează progrese semnificative ale subiectului ;
c) *aplicarea planului terapeutic* – constă în desfăşurarea următoarelor faze distincte :
   - faza orientării – în care terapeutul explică subiectului activitatea pe care urmează să o desfăşoare împreună, tipul performanţelor dorite şi descrise sau demonstrează modalităţile de realizare practică ;
   - faza dezvoltării – în timpul căreia terapeutul conduce subiectul în explorarea şi practicarea efectivă a activităţii selectate ;
   - faza finală – în care terapeutul evaluează performanţele obţinute de subiect şi stabileşte obiectivele viitoare.

Cercetările moderne în domeniu au demonstrat că, în prezent, randamentul strategiilor de terapie ocupaţională este cu atât mai mare cu cât se proiectează mai multe planuri de recuperare aplicabile în exteriorul unor instituţii de diverse tipuri ; se preferă din ce în ce mai mult planuri de recuperare aplicabile chiar la domiciliul sau în comunitatea din care face parte subiectul.

Selecţionarea şi adaptarea echipamentului reclamă din partea terapeutului un efort substanţial de imaginaţie, în vederea proiectării unor mijloace şi dispozitive adaptate nevoilor copilului.

Evaluarea programelor de terapie ocupaţională este o acţiune necesară pentru a măsura eficienţa intervenţiei procedurilor utilizate de terapeut. Frecvent, sunt folosite două forme de evaluare : evaluarea intermediară şi evaluarea finală. Se urmăresc în principal următoarele aspecte :

- eficienţa planului terapeutic ;
- necesitatea modificării/ameliorării planului de intervenţie ;

- identificarea momentului când se poate întrerupe aplicarea planului de intervenţie;
- analiza rezultatelor procesului terapeutic în ansamblul său.

În terapia ocupaţională modernă, pentru alegerea condiţiilor de desfăşurare a procesului de intervenţie specialiştii trebuie să ţină seama de specificul diagnosticului subiecţilor, caracteristicile spaţiului în care se desfăşoară activităţile terapeutice, tipul metodelor şi mijloacelor folosite, componenţa echipei de intervenţie, structura procedurilor de evaluare, natura obiectivelor stabilite şi coerenţa planului de intervenţie.

10.4.2. *Meloterapia*

Se încadrează în vasta arie a psihoterapiei prin artă. Valoarea terapeutică a muzicii rezultă din multiplele influenţe pe care le are asupra psihicului uman datorită complexităţii fenomenului muzical.

Muzica dă posibilitatea de a exprima sentimente şi idei cu ajutorul sunetelor combinate într-o manieră specifică, declanşând procese afective dintre cele mai variate şi neaşteptate, de la emoţia muzicală, cu o gamă largă de manifestare (bucurie, trăire interioară, sentimentul armoniei, înălţare spirituală), până la descărcări explozive de exaltare colerică. Fiind cea mai complexă artă şi, în acelaşi timp, fiind accesibilă tuturor oamenilor, muzica dispune de cel mai fin şi penetrant limbaj artistic – sunetul muzical – ca element sonor fundamental cu care operează. Cercetările au demonstrat că instrumentele de percuţie, cum ar fi castanietele, clopotele, tamburinele, tobele, ţambalele, xilofoanele etc., facilitează comunicarea mai ales în cazul copiilor cu deficienţă mintală, autism sau al celor timizi şi anxioşi.

În cadrul meloterapiei (sau muzicoterapiei), educatorul/terapeutul trebuie să fie interesat, în special, de efectul pe care îl are muzica utilizată sub diverse forme, ca mijloc pentru modelarea personalităţii şi normalizarea stărilor psihice, atât pentru persoanele normale[1], cât şi pentru persoanele care prezintă diferite afecţiuni sau deficienţe. În cazul persoanelor cu cerinţe speciale sau aflate în stări de boală, efectele curative ale muzicii diferă în funcţie de tipul şi specificul deficienţelor sau afecţiunilor:

- pentru copiii cu deficienţă mintală sau pentru cei care prezintă autism, meloterapia este frecvent folosită, în special pentru stabilirea unui alt tip de comunicare; în acest caz muzica nu este utilizată în terapie datorită calităţilor sale estetice, ci pentru a stabili contactul cu copilul deficient şi a facilita comunicarea între el şi educator/terapeut; în literatura de specialitate se foloseşte noţiunea de *muzică funcţională*, care desemnează faptul că, în terapie, muzica este utilizată în scopuri practice pentru recuperarea personalităţii decompensate a subiecţilor supuşi meloterapiei;

1. În cazul persoanelor normale, muzica exercită o serie de efecte benefice, printre care enumerăm: induce o serie de stări afective tonice şi un sentiment de securitate; determină apariţia unei stări de liniştire, de relaxare, prin reducerea stărilor de tensiune şi anxietate; facilitează comunicarea între persoane; contribuie la dezvoltarea unor funcţii şi procese psihice, începând cu cele primare, senzaţii, percepţii, reprezentări, şi terminând cu cele mai complexe, cum ar fi afectivitatea, imaginaţia şi creativitatea; susţine tonusul subiectului şi rezistenţa sa la efort, contribuind în acelaşi timp la depăşirea unor obstacole inerente existenţei, cum ar fi stările de boală sau handicap; ameliorează comportamentul şi socializează individul.

- la copiii cu deficienţă mintală şi hiperactivi, meloterapia poate fi utilizată pentru ameliorarea inhibiţiei voluntare a actelor motorii şi pentru realizarea unor performanţe în plan psihomotrice ;
- pentru calmarea subiecţilor anxioşi şi a celor hiperkinetici, se foloseşte un instrument care emite un fel de sunete prelungi de clopoţei deosebit de armonioase ;
- la subiecţii cu instabilitate emoţională, utilizarea meloterapiei determină diminuarea tensiunilor psihice, reducerea agresivităţii, favorizează cooperarea în interiorul grupului şi activităţile în echipă.

Activităţile de meloterapie pot fi desfăşurate în grup sau individual (este cazul copiilor cu deficienţe mintale severe sau asociate) şi pot fi împărţite în două forme :
- forma activă, denumită după unii autori şi directă, constă în diverse activităţi muzicale desfăşurate, individual sau în grup, de subiecţii înşişi (muzică instrumentală sau vocală) ;
- forma receptivă sau indirectă – este acea formă în care subiecţii audiază muzica ; în acest caz, pasivitatea subiecţilor nu este totală, deoarece activitatea de receptare solicită prin ea însăşi un anumit grad de participare din partea acestora.

În cazul activităţilor de meloterapie desfăşurate în şcoală de către educatori, logopezi, psihologi şcolari etc., este util să se aibă în vedere următoarele obiective :
- dezvoltarea interesului faţă de activităţile muzicale ;
- formarea şi dezvoltarea auzului muzical cu elementele sale componente : simţ melodic, ritmic, armonico-polifonic ;
- educarea vocii ca principal mijloc de redare a muzicii ;
- formarea unor deprinderi practice muzicale (de ascultare a muzicii, de interpretare, de utilizare a unor instrumente etc.) ;
- cultivarea imaginaţiei şi a creativităţii ;
- echilibrarea şi armonizarea personalităţii copilului prin cultivarea unor trăsături de caracter pozitive ;
- dezvoltarea sociabilităţii copilului prin participarea la activităţile organizate pe grupuri de copii ;
- educarea expresivităţii mimico-gesticulare ;
- nuanţarea exprimării verbale ;
- dezvoltarea sensibilităţii şi a gustului estetic faţă de fenomenul muzical ;
- determinarea unor stări de deconectare, relaxare, confort psihic, încântare şi bună dispoziţie.

Principalele forme de organizare a activităţilor educaţional-terapeutice din sfera muzicoterapiei sunt :

a) *cântecul* – are impactul cel mai puternic asupra dezvoltării proceselor psihice ale copilului ; datorită accesibilităţii şi conţinutului variat, prin cântec se dezvoltă şi vocea, auzul muzical, se formează deprinderea de a cânta individual sau în grup, se dezvoltă simţul ritmic şi interesul pentru activitatea desfăşurată ;
b) *jocurile muzicale* – sunt folosite cu precădere la copiii de vârstă mică, pentru dezvoltarea simţului ritmic ; aceste jocuri au la bază ritmarea unor versuri prin bătăi din palme, marcarea ritmului cu ajutorul instrumentelor de percuţie sau prin combinarea

mişcărilor ritmice mână-picior; de asemenea, jocurile muzicale pot fi şi jocuri desfăşurate după o melodie cunoscută, jocuri de recunoaştere a unor cântece sau ritmuri melodice şi jocuri bazate pe unele sarcini sau comenzi date de educator;

c) *jocurile muzicale-exerciţiu* – au scopul de a forma deprinderile elementare de percepere, recunoaştere şi redare a calităţilor sunetului muzical; în această categorie sunt incluse exerciţiile de reglare a echilibrului inspiraţie-expiraţie, flexibilizarea vocii prin emisia de sunete muzicale de durată şi înălţimi diferite, pronunţarea corectă a silabelor din text etc.;

d) *jocurile cu text şi cântec* – îmbină într-o structură unitară atât melodia cu textul, cât şi mişcarea corespunzătoare conţinutului literar (subordonat în exclusivitate textului); comparativ cu celelalte tipuri de activităţi de tip muzical, jocurile cu cântec şi text asigură într-o mai mare măsură coordonarea mişcărilor cu caracterul liniei melodice, favorizând înţelegerea legăturii dintre text şi melodie; astfel, copiii sunt pregătiţi pentru o activitate interpretativă mai complexă şi le este satisfăcută nevoia de mişcare;

e) *audiţiile muzicale* – contribuie la formarea gustului artistic, a interesului pentru muzică, întărirea capacităţii de concentrare auditivă, instalarea unei stări de relaxare şi confort psihic; pentru ca audiţia să-şi atingă obiectivele propuse, este necesar să se respecte anumite condiţii: cântecele să fie accesibile, raportate la particularităţile vârstei, să fie interpretate vocal cât mai expresiv pentru a emoţiona şi să fie realizate artistic pentru a impresiona plăcut şi pozitiv auditorul.

Pe baza receptivităţii analizatorului auditiv, prin intermediul muzicii se dezvoltă calitativ percepţiile şi reprezentările. Pornind de la acestea, toate celelalte procese psihice de cunoaştere urmează o evoluţie favorabilă, cu atât mai mult cu cât vor fi antrenate în diverse activităţi de ordin intelectual. O terapie educaţională adecvată şi sistematică favorizează priceperea, recunoaşterea şi reproducerea cu uşurinţă a jocurilor muzicale şi a cântecelor. Se ştie că gândirea logică a copiilor este strâns legată de sensibilitate, percepţie, reprezentare şi memorie. Prin muzicoterapie, ei îşi formează capacitatea de a analiza şi diferenţia din ce în ce mai exact sunetele muzicale, structurile ritmico-melodice, participând activ şi conştient la interpretarea lor. Muzica trezeşte şi întreţine pe o durată mai mare de timp atenţia copiilor, fie prin ritm sau linie melodică, fie prin armonie sau text, determinând emoţii profunde, trăiri interioare puternice sau create spontan. Memoria se dezvoltă prin reflectarea experienţei anterioare, prin fixarea, păstrarea, recunoaşterea şi reproducerea materialului sonor, a textului, a ideilor, a stărilor afective sau a mişcărilor asimilate. Prin reglarea echilibrului dintre inspiraţie şi expiraţie, prin dezvoltarea auzului fonematic şi prin coordonarea dintre respiraţie, pronunţie, mişcare, activităţile de muzicoterapie au un rol foarte important şi în dezvoltarea limbajului, a pronunţiei corecte a sunetelor şi cuvintelor. Dincolo de faptul că muzica provoacă participarea copiilor la activităţi, ea corespunde nevoii spontane de joc, mişcare şi relaxare a acestora; intervenţiile educatorului pretind o foarte bună pregătire profesională, mult tact şi cunoaşterea particularităţilor fiecărui copil, astfel încât terapia educaţională să fie cât mai eficientă.

10.4.3. *Terapia de expresie grafică şi plastică*

Acest tip de terapie cuprinde modelajul, desenul, pictura, sculptura. Prin intermediul lor se realizează asimilarea principalelor elemente de limbaj plastic care ajută copilul să se exprime, uneori mai repede şi mai uşor decât prin comunicarea verbală (prin intermediul reprezentărilor grafice şi plastice, copilul îşi proiectează o parte dintre experienţele, trăirile şi atitudinile sale, adesea inconştiente, toate acestea constituindu-se în informaţii utile înţelegerii unor aspecte ale conduitei sale, determinând şi un efect de relaxare, de linişţire pentru copil, consecutiv executării unui desen sau a unui produs de modelaj). Acest tip de terapie are o valoare formativă, conducând la apariţia de situaţii de învăţare valoroase care vor evidenţia, pe lângă încărcătura estetică, şi pe cea etică şi socială a conţinuturilor temelor plastice. Prin selecţionarea, esenţializarea şi concretizarea acestora, prin subiecte aplicative adecvate temelor plastice, precum şi prin activizarea elevilor, cresc valoarea şi eficienţa terapiei şi a caracterului său compensator. De asemenea, prin această terapie se întregeşte personalitatea copilului, se dezvoltă simţul estetic şi se conştientizează nevoia de frumos în viaţa şi activitatea elevului.

10.4.4. *Terapia cognitivă*

Este înţeleasă ca un proces complex de echilibrare mintală prin organizarea specifică a cunoaşterii la copiii cu cerinţe educative speciale al căror comportament cognitiv se caracterizează printr-un fenomen general de perturbare a organizării cunoaşterii (disfuncţii la nivelul proceselor cognitive, lipsă de motivaţie pentru cunoaştere, imaturitate cognitivă etc.). Terapia cognitivă se constituie din acţiuni şi programe compensatorii care facilitează înţelegerea lucrurilor, fenomenelor, persoanelor şi situaţiilor de viaţă în dimensiunea lor instrumental-integratoare. La copiii cu cerinţe educative speciale care prezintă deficienţă mintală, terapia cognitivă presupune o structurare a complexului de stimuli exteriori după niveluri adaptate unei largi tipologii de organizare mintală. În opinia lui C. Păunescu, fenomenul de perturbare a comportamentului cognitiv la deficientul mintal se exprimă fie la nivelul cunoaşterii teoretice (învăţarea conceptelor), fie la nivelul cunoaşterii psihosociale, determinând schimbări fundamentale în personalitatea acestuia, motiv pentru care intervenţia asupra comportamentului cognitiv şi terapia cognitivă sunt considerate a fi „cheia de boltă" a întregului sistem de terapie (re)educaţională.

Principalele dimensiuni ale terapiei cognitive sunt prezentate în cele din următoarele:

Cunoaşterea senzorială este o dimensiune pentru care fiecare copil îşi creează propriul ritm, iar după o evaluare iniţială în domeniul senzorialităţii se pot determina nivelul achiziţiilor şi modalităţile de intervenţie pentru recuperarea sa în domeniul cunoaşterii senzoriale. Forma generală a exerciţiilor senzoriale se diferenţiază în funcţie de nivelul de dezvoltare atins de copil într-un anumit domeniu al cunoaşterii senzoriale (spre exemplu, un copil poate avea un nivel mai slab în domeniul senzorial auditiv şi, în acelaşi timp, poate avea un nivel foarte bun în domeniul vizual). Astfel, modalităţile de intervenţie pot fi grupate pe mai multe niveluri:

- nivelul I – se adresează copiilor aflaţi într-un stadiu de percepere sincretic, global, nediferenţiat; la acest nivel, educarea simţurilor se realizează într-o formă cât mai

apropiată de aceea pe care o iau, în mod spontan, exercițiile și jocurile copiilor foarte mici, iar modul lor de organizare trebuie să faciliteze manifestarea unor experiențe multiple, în domenii variate, dar cât mai familiare, care să permită achiziția de informații cu privire la forme, volume, culori, structura materialelor, echilibrul sau instabilitatea unor lucruri sau fenomene ; dominanta senzorială este, în aceste condiții, vizuală și tactilă, iar exercițiile vor viza în special aceste domenii ;
- nivelul II – la acest nivel, educația senzorială devine o sursă de descentrări, de transferări, de comparații, de transpuneri, de anticipări, de analize dinamice care rezultă în urma activităților desfășurate cu copiii, folosind diverse obiecte, jucării, materiale cât mai naturale posibil și valorificând anumite experiențe de ordin metodic ;
- nivelul III – la acest nivel, antrenează copilul să perceapă anumite raporturi între mărimi, greutăți, volume, distanțe, poziții și direcții, prin intermediul unor activități organizate metodic care permit copilului observarea, analiza și sinteza informațiilor la nivelul tuturor analizatorilor, contribuind astfel la dezvoltarea capacității de sesizare a nuanțelor și a detaliilor fine în contactul cu diverse obiecte și experiențe senzoriale din jurul său.

Exercițiile senzoriale trebuie să se desfășoare zilnic, durata trebuie să fie de 10, 20 sau 30 de minute, în funcție de interesul pe care îl trezesc copilului, ritmul exercițiilor nu trebuie să fie prea rapid, pentru a favoriza învățarea. Exercițiile se desfășoară de cele mai multe ori individual sau în grupe mici, considerând că experiența senzorială este întotdeauna personală, după un program care poate include fișe individuale sau fișe pentru o grupă mică de copii. În utilizarea obiectelor și materialelor se are în vedere modalitatea de prezentare, astfel încât acestea să fie distincte față de fundal pentru o mai bună discriminare, suprafața de expunere să nu fie prea mare (se pot expune pe un birou, pe o masă sau pe o altă suprafață bine delimitată), iar materialele destinate controlului de însușire a exercițiului senzorial să fie cât mai diverse și prezentate în diferite modalități.

Având în vedere diversitatea și particularitățile aferențelor senzoriale, se pot proiecta o multitudine de strategii sau structuri de activități destinate cunoașterii senzoriale. Astfel, putem desfășura activități pentru :
- cunoașterea și dezvoltarea sensibilității tactile ;
- cunoașterea și dezvoltarea sensibilității vizuale ;
- cunoașterea și dezvoltarea sensibilității gustative ;
- cunoașterea și dezvoltarea sensibilității olfactive ;
- cunoașterea și dezvoltarea sensibilității auditive ;
- corelații dintre sensibilitatea vizuală și sensibilitatea tactilă ;
- corelații dintre sensibilitatea gustativă și sensibilitatea olfactivă.

Formarea abilităților vizual-perceptive include mai multe elemente, dintre care cele mai importante ar fi :

a) *coordonarea vizual-motorie* reprezintă capacitatea de a coordona vizualul cu mișcările corpului sau cu ale unei părți a corpului ; de asemenea, este implicată în percepția spațiilor, care fără o coordonare vizual-motorie nu ar fi posibilă ; un copil cu o slabă coordonare vizual-motorie va avea dificultăți de adaptare la cerințele mediului (dificultăți de mișcare, de menținere a echilibrului, de îmbrăcare, de adaptare la jocurile colective, dificultăți în acțiunile de modelare, de desenare, de scriere, de

orientare în spaţiu etc.) ; recuperarea coordonării motorii trebuie iniţiată în familie şi continuată prin programul de grădiniţă care trebuie să includă exerciţii pentru fiecare grup de muşchi, precedate de exerciţii de mişcare a ochilor, de dezvoltare a echilibrului static şi dinamic, de percepţie corectă a unor imagini, de formare a schemei corporale etc. ; acestea vor continua cu exerciţii pentru dezvoltarea progresiei stânga-dreapta (mişcarea ochilor de la stânga la dreapta, esenţială pentru învăţarea cititului), exerciţii pentru stimularea vederii periferice, exerciţii pentru focalizarea ochilor cu mişcarea capului urmate de focalizarea ochilor fără mişcarea capului etc. ;

b) *exerciţii de coordonare motrice generală* – urmăresc dezvoltarea capacităţii de coordonare pentru mişcări din ce în ce mai complexe ale corpului şi se adresează tuturor segmentelor anatomice, incluzând o mare diversitate de activităţi cu caracter ludic, asociate cu elemente de senzorialitate (zgomotul vântului, al ploii, foşnetul pomilor etc.) şi cu reprezentări ale unor obiecte, forme, spaţii şi elemente din mediu, anterior cunoscute, care întregesc gama de exerciţii şi stimulează participarea activă a copiilor la efectuarea acestora ;

c) *exerciţii de coordonare a motricităţii fine* – urmăresc dezvoltarea capacităţii de coordonare a musculaturii mâinii în vederea efectuării unor mişcări fine şi precise ;

d) *exerciţii pentru formarea imaginii corporale şi pentru cunoaşterea schemei corporale* – urmăresc percepţia şi identificarea corectă a segmentelor corpului aflat în poziţie statică sau dinamică, cu o dispoziţie spaţială variată a segmentelor corpului (braţe ridicate, capul plecat înainte sau înapoi, picioarele depărtate sau apropiate, trunchiul drept sau înclinat etc.) şi raportarea segmentelor corpului la elementele spaţiale din jur ;

e) *exerciţii pentru percepţia poziţiei în spaţiu şi a relaţiilor spaţiale* – urmăresc percepţia corectă a obiectelor în raport cu propriul corp sau în raport cu alte obiecte şi repere spaţiale din jur prin valorificarea informaţiilor venite pe cale vizuală, tactilă sau auditivă ; ulterior se urmăresc şi percepţia relaţiilor spaţiale, poziţia a două sau mai multe obiecte în raport cu propria persoană, relaţiile dintre ele ; toate acestea au în vedere activităţi desfăşurate cu obiecte tridimensionale şi valorifică la maximum experienţa copilului cu privire la cunoaşterea corectă a propriului corp şi a imaginii corporale în general.

Învăţarea conceptelor fundamentale presupune efectuarea câtorva tipuri de activităţi :

– grupări de imagini sau obiecte după criterii date ;
– asociaţii de imagini sau obiecte după criterii date ;
– corespondenţa unu-la-unu a unor obiecte sau imagini ;
– ordinea numerică a unor obiecte ;
– stabilirea de relaţii între diferite obiecte sau imagini ;
– ordonarea imaginilor dintr-o povestire însoţită de relatarea povestirii ;
– asocieri între sunete şi litere denumind obiecte şi folosind diferite imagini ;
– activităţi de sortare a unor obiecte sau imagini după criterii date ;
– exerciţii pentru sesizarea fenomenului de conservare a unor cantităţi ;
– exerciţii pentru compunerea unor lungimi etc.

Formarea şi dezvoltarea proceselor psihice prin exerciţii senzorio-motorii şi perceptive ţin de procesul de formare a abilităţilor implicate în învăţarea actului lexic, grafic, de

calcul, de cunoaştere în general şi îşi găseşte fundamentarea, cel puţin în etapa de debut, în activitatea senzorio-motorie (înţelegând astfel că acest proces comportă o latură perceptivă şi una motorie). Programul exerciţiilor este structurat pe trei coordonate:

- exerciţii perceptive şi senzorio-motorii pentru atenţie – la rândul lor, acestea pot fi centrate în câmpul perceptiv pe date vizuale sau pe date auditive ori pot viza atenţia ca formă internă de manifestare folosind stimuli vizuali, verbali, auditivi sau tactili;
- exerciţii perceptive şi senzorio-motorii pentru memorie – pentru antrenarea memoriei de recunoaştere, memoriei audiovizuale, memoriei vizual-grafice;
- exerciţii perceptive şi senzorio-motorii pentru reprezentarea mintală – sub forma unor grupări/clasări, asociaţiilor verbale, povestirilor prezentate în dezordine, reversibilităţii unor fenomene sau momente/secvenţe dintr-un proces/activitate etc.

10.4.5. *Ludoterapia*

Jocul ca modalitate de relaţie între individ şi lumea obiectelor şi a relaţiilor constituie formula primară a acţiunii umane, o formă de organizare a cogniţiei şi, implicit, o cale de organizare a cunoaşterii. Într-o anumită perioadă de viaţă, majoritatea relaţiilor obiectuale se stabilesc în cadrul jocului.

J. Piaget sugera că jocul reprezintă cea mai pură formă de asimilare. Prin asimilare, copilul încorporează în modalităţile existente ale gândirii întâmplări, obiecte sau situaţii. Astfel, ca „asimilare pură", jocul nu era considerat atât o modalitate a dezvoltării cognitive, cât o reflectare a nivelului prezent de dezvoltare cognitivă a copilului. Piaget descria trei stadii în dezvoltarea jocului:

a) stadiul jocului practic – apare în primul an de viaţă şi constă în acţiuni senzorio-motorii (cum ar fi bătaia din palme); Piaget credea că, prin acest „exerciţiu funcţional", copiii dobândesc abilităţile motorii de bază inerente activităţilor de fiecare zi;
b) stadiul jocului simbolic – apare începând cu al doilea an de viaţă şi implică reprezentări ale obiectelor absente (copilul se preface că ar coace o prăjitură într-o lădiţă cu nisip); opus stadiului jocului practic, unde acţiunile sunt exersate şi elaborate pentru valoarea lor funcţională, jocul simbolic permite exersarea acţiunilor pentru valoarea lor reprezentativă;
c) stadiul jocului cu reguli – este ultima categorie structurală care se dezvoltă, încorporând în mod necesar coordonarea socială şi o înţelegere de bază a relaţiilor sociale; în cazul jocurilor, regulile şi regulamentele sunt impuse de grup, iar structura conducătoare rezultă din organizarea colectivă.

Copiii (de la 3 la 5 ani) care se angajează frecvent în jocuri sociodramatice sau constructive tind să aibă rezultate mai bune la testele de inteligenţă decât ceilalţi copii de aceeaşi vârstă care sunt înclinaţi să se joace într-o manieră senzorio-motorie. Copiii care se joacă frecvent într-o manieră constructivă (de exemplu construiesc, rezolvă puzzle) sunt eficienţi în rezolvarea problemelor convergente (probleme cu o singură soluţie). Copiii care se joacă frecvent într-o manieră sociodramatică par a fi eficienţi în rezolvarea problemelor divergente (probleme cu soluţii multiple). Pe de altă parte, s-a constatat că unii copii se joacă mai mult decât alţii; în plus, stilurile de joc şi preferinţele diferă de

la un individ la altul. Cercetătorii au investigat factorii care pot influenţa dezvoltarea diferenţelor individuale ale stilurilor de joc şi au ajuns la următoarele concluzii:

1. Diferenţele individuale în calitatea şi cantitatea jocului copiilor se presupune că se dezvoltă, parţial, datorită trăsăturilor interne ale copilului, un rol important avându-l şi factorii care ţin de familia în care se dezvoltă copilul.
2. Începând cu vârsta de 3 ani, jocul simbolic devine din ce în ce mai mult o activitate socială.
3. Un alt factor de mediu care influenţează cantitatea şi calitatea jocului este clasa socială. Copiii clasei de mijloc se angajează mai mult în jocuri sociodramatice decât copiii de aceeaşi vârstă ai clasei de jos. Unii psihologi au sugerat că aceste aspecte reflectă diferenţe în procesele de reglare emoţională şi dezvoltare cognitivă. Întrucât copiii clasei de mijloc sunt mai predispuşi la folosirea limbajului pentru a-şi exprima emoţiile decât cei ai clasei de jos şi dată fiind uşurinţa lor mai mare în folosirea limbajului, nu este surprinzătoare diferenţa consistentă de clasă socială la nivelul producerii prefacerii sociale. Totuşi, e important de menţionat faptul că mai mulţi cercetători nu au descoperit diferenţe de clasă socială în producerea jocului sociodramatic. Aceste descoperiri au fost atribuite efectelor amelioratoare ale experienţelor educaţionale şi sociale benefice (cum ar fi existenţa unor programe şcolare de înaltă calitate).
4. Specialiştii au investigat modul în care factorii de vârstă, sex şi familiaritate a partenerilor de joc influenţează comportamentele de joc ale copiilor. În general, copiii se joacă mai mult şi la niveluri cognitive mai înalte în compania unei cunoştinţe decât singuri sau în compania unui copil necunoscut; mai mult decât atât, copiii preferă prieteni, în contrast cu un partener familiar (care nu este un prieten), pentru a se angaja în jocuri de fantezie; jocul dintre prieteni durează mai mult şi este mai bogat în conţinut.
5. S-au făcut multe cercetări asupra efectelor factorilor ecologici (cum ar fi tipurile de materiale, jucării şi spaţiu) asupra jocului copiilor. De exemplu, jocul dramatic şi de grup este încurajat în special de existenţa hainelor, a păpuşilor, a vehiculelor şi a obiectelor de gospodărie. Culorile, creioanele şi materialele artistice evocă în special activităţi constructive, în timp ce argila, nisipul şi apa tind să caracterizeze jocul funcţional senzorio-motor. Cercetătorii s-au concentrat de asemenea asupra unor factori ecologici mai generali cum ar fi jocul în casă sau în aer liber; totodată, cercetările s-au îndreptat şi asupra densităţii spaţiului de joc. În general, jocul în afară este preferat de copiii preşcolari. Spaţiul de joacă redus are drept rezultat scăderea jocului în mişcare şi creşterea contactului fizic şi a jocului imaginativ.
6. Mai multe studii arată că acei copii care se uită la televizor sunt mai puţin jucăuşi şi mai puţin imaginativi în jocul lor. Conţinutul programelor de televiziune pentru copii are implicaţii importante asupra comportamentului lor în timpul jocului. S-a constatat că jocul copiilor care privesc programe de aventuri este mai puţin dramatic şi mai agresiv, în timp ce jocul copiilor care privesc programe cu substrat educativ şi care transmit mesaje sociale benefice este mult mai imaginativ.
7. O influenţă mai familiară asupra jocului copiilor este curriculumul şcolar. De exemplu, programele preşcolare înalt structurate tind să reducă diversitatea şi performanţele nivelului de joc al copiilor mici. Mai mult, jocul imaginativ este mai comun în programele mai puţin structurate, în timp ce programele înalt structurate încurajează

folosirea constructivă a materialelor şi activitatea orientată spre scop. Totuşi, unii cercetători au raportat că programele preşcolare structurate influenţează pozitiv demonstraţia activităţilor de rol. O posibilă explicaţie pentru aceste descoperiri ar fi aceea că, atunci când structura este impusă prin perioade ocupate şi când aceasta implică trăsături ca instruirea de limbaj şi gândirea abstractă în grupuri mici, influenţele asupra activităţilor sociodramatice din timpul jocului liber pot fi pozitive. De aceea, atunci când se evaluează eforturile curriculumului, ar putea fi important să se ia în calcul nu numai gradul de structurare a curriculumului, dar şi modul în care această structură este integrată şi aplicată în activitatea cotidiană.

Cercetările au evidenţiat mai multe forme de joc (ca forme de învăţare):

a) *jocul explorator-manipulativ* – are la bază explorarea prin manipulare a obiectelor lumii înconjurătoare care constituie sursa principală de stimulare caracterizată printr-un grad ridicat de eterogenitate; organizarea mintală a persoanei este rezultatul antrenamentului pe care aceasta îl face în cadrul procesului de organizare a stimulilor, în mai multe faze:
   - recepţia şi recunoaşterea dimensiunilor stimulatorii ale obiectelor;
   - diferenţierea obiectelor după unele însuşiri;
   - identificarea obiectelor în funcţie de anumite criterii propuse;

b) *jocul reprezentativ* – cunoscut şi sub denumirea de „jocul de-a...”, apare în momentul când obiectele deja cunoscute pot substitui alte obiecte care lipsesc; mecanismul acesta de comutare are la bază funcţia semiotică a comunicării şi exprimă gradul de organizare mintală a individului;

c) *jocul cu reguli* – începe cu formele de activitate ludică în care sunt valorificate legile de asemănare, deosebire, asamblare, succesiune, aşezare spaţială etc.; ulterior, apare o altă categorie de reguli care se referă la modul de utilizare şi restructurare a realităţii prin integrarea valorii conferite în context social rolurilor şi comportamentelor umane.

În cadrul activităţilor de terapie educaţională, un loc aparte îl ocupă conceptul de *joc didactic.* Jocul didactic constituie o formă de activitate prin care se rezolvă una sau mai multe sarcini didactice prin îmbinarea tehnicilor de realizare a acestor sarcini cu elementul de joc. Folosim adesea jocul didactic în diverse forme pentru a stimula elevii să rezolve o sarcină didactică într-o formă cât mai atractivă, ştiut fiind faptul că învăţarea care implică jocul devine mai plăcută şi reconfortantă. Jocurile devin metode de instruire în cazul în care ele sunt organizate şi se succedă conform logicii cunoaşterii şi învăţării. Fiecare joc didactic trebuie să aibă un scop educativ, să includă o componentă instructivă, să îmbine armonios elementele instructive cu elementele distractive, să valorifice cunoştinţele şi deprinderile deja achiziţionate, spontaneitatea, inventivitatea, iniţiativa, răbdarea, să includă elemente de aşteptare, de surpriză, de competiţie, de comunicare între partenerii de joc, astfel încât să determine apariţia unor stări emoţionale complexe care intensifică procesele de reflectare directă şi nemijlocită a realităţii. Caracteristica esenţială a jocului didactic constă în crearea unor condiţii favorabile pentru valorificarea achiziţiilor şi pentru exersarea priceperilor şi deprinderilor sub forma unor activităţi plăcute şi atractive.

Fiecare joc didactic cuprinde următoarele elemente constitutive, prin care se deosebeşte de celelalte jocuri şi activităţi ludice:

- *conţinutul* – include cunoştinţe însuşite anterior în cadrul activităţilor comune cu întreaga clasă; acestea se referă la cunoştinţe matematice, elemente de limbă maternă, plante, animale, anotimpuri, activităţile oamenilor etc.;
- *sarcina didactică* – poate să apară sub forma unei probleme de gândire, de recunoaştere, denumire, reconstituire, comparaţie, identificare etc.; deşi jocurile didactice pot avea acelaşi conţinut, ele pot dobândi mereu alt caracter datorită diversităţii formelor pe care le poate lua sarcina didactică; din acest motiv jocul apare în forme noi, neprevăzute, interesante şi atractive pentru copil;
- *regulile jocului* – îndeplinesc o importantă funcţie reglatoare asupra relaţiilor dintre copii, arătându-le cum să se joace, cum să rezolve problema respectivă, cum se distribuie responsabilităţile în grup etc.;
- *acţiunea de joc* – cuprinde momentele de aşteptare, surpriză, ghicire, întrecere etc., care fac ca rezolvarea sarcinii didactice să fie plăcută şi atractivă pentru elevi.

Ca activitate în completarea lecţiei, jocul didactic poate fi grupat astfel:

- după obiectele de învăţământ – jocuri folosite la citire, scriere, matematică, dezvoltarea vorbirii, cunoaşterea mediului, educaţie fizică, desen etc.;
- după tipul lecţiei – jocuri folosite ca mijloc de predare, asimilare, mijloc de consolidare, de sistematizare şi recapitulare a cunoştinţelor.

Contribuţia jocului didactic la stimularea şi dezvoltarea capacităţilor cognitive ale copilului, educarea trăsăturilor de personalitate şi realizarea obiectivelor de cunoaştere ale procesului de predare-învăţare este evidentă; prin jocul didactic, elevul îşi angajează întregul potenţial psihic, îşi ascute observaţia, îşi cultivă iniţiativa, inventivitatea, flexibilitatea gândirii, îşi dezvoltă spiritul de cooperare, de echipă.

Condiţii de organizare a jocului didactic:

- jocul să se constituie pe fondul activităţii dominante, urmărindu-se scopul şi conţinutul lecţiei;
- să fie variat, atractiv, să îmbine forma de divertisment cu cea de învăţare;
- să fie bine pregătit de educator în direcţia utilizării eficiente a materialului folosit;
- să antreneze toţi copiii în activitatea de joc;
- să creeze momente de relaxare, de odihnă şi să se folosească mai ales atunci când copiii dau semne de oboseală;
- să fie proporţionat cu activitatea prevăzută de programă şi structurat în raport cu tipul şi scopul lecţiei desfăşurate;
- să urmărească formarea deprinderii de muncă independentă;
- să solicite gândirea creatoare şi să valorifice cu maximum de eficienţă posibilităţile intelectuale ale elevilor;
- activităţile în completare prin joc să fie introduse în orice moment al lecţiei şi să fie repartizate, după caz, în diferite secvenţe, sarcinile didactice ale jocului având caracter progresiv;
- indicaţiile privind desfăşurarea activităţii, precum şi regulile jocului să fie clare, corecte, precise, să fie conştientizate de către elevi şi să le creeze o motivaţie pentru activitate;

- activităţile de joc să se desfăşoare într-un cadru activ, stimulator şi dinamic, urmărindu-se atent respectarea regulilor de către elevii participanţi la joc;
- jocurile să nu fie nici prea uşoare, nici prea grele şi să determine stări emoţionale care să întreţină interesul şi participarea copiilor.

Folosirea jocurilor didactice în toată varietatea lor constituie prima treaptă în realizarea învăţământului formativ, care urmăreşte să dezvolte în primul rând activismul intelectual, deprinderile de muncă intelectuală, de conduită morală, de activitate fizică, urmărind ca toate aceste deprinderi active să se dezvolte prin valorificarea resurselor psihice şi fizice proprii.

10.4.6. *Terapia şi educaţia psihomotricităţii*[1]

Se referă în principal la activităţile destinate recuperării, ameliorării, dezvoltării şi antrenării conduitelor şi structurilor perceptiv-motrice (schema corporală, lateralitate, orientare, organizare şi structurare spaţio-temporală, realizare motrice).

Conţinutul programelor de terapie şi educare a psihomotricităţii include metode, procedee şi tehnici pentru:
- recuperarea întârzierilor în dezvoltarea motrice;
- influenţarea pozitivă a reprezentării schemei corporale;
- recuperarea tulburărilor de lateralitate;
- recuperarea tulburărilor de orientare, organizare şi structurare spaţială;
- recuperarea tulburărilor de orientare şi structurare temporală;
- identificarea şi discriminarea structurilor perceptive de formă şi culoare;
- recuperarea instabilităţii psihomotorii;
- recuperarea tulburărilor de tipul disgrafiei, dispraxiei, apraxiei;
- recuperarea tulburărilor de echilibru şi coordonare;
- recuperarea tulburărilor de sensibilitate;
- activităţi practice, de relaxare, sportive, de comunicare şi de expresie corporală (dans, gimnastică ritmică, aerobică etc.).

Conduitele psihomotorii ale fiecărui individ evoluează în funcţie de înzestrarea sa aptitudinală, de gradul de dezvoltare fizică şi intelectuală şi de influenţele educative exercitate asupra sa pe tot parcursul copilăriei. În ontogeneză, relaţia motricitate – psihism cunoaşte o evoluţie care marchează anumite etape. Astfel, în perioada antepreşcolară, dezvoltarea având un caracter global, actele motorii reprezintă instrumente de adaptare a individului la lumea exterioară (copilul foarte mic exploatează mediul ambiant prin intermediul actelor motorii, reprezentând instrumente care facilitează experienţa cognitivă a acestuia). În perioada preşcolară se diferenţiază treptat activitatea intelectuală de cea motorie; astfel, actul motor devine un răspuns adaptiv complex, mişcarea intrând treptat sub dominaţia psihicului. În perioada şcolarizării, relaţia motricitate – psihism se modifică în sensul detaşării componentei intelectuale de cea motrice

1. Vezi capitolul 6 al prezentei lucrări, în care sunt prezentate structura şi componentele psihomotricităţii.

(aceasta din urmă se automatizează). Psihomotricitatea nu se reduce la activitatea motorie, ea implică şi manifestări ale funcţiilor perceptive şi intelectuale. Ca funcţie complexă ce determină reglarea comportamentului uman, aceasta include participarea diferitelor procese şi funcţii psihice care asigură atât recepţia informaţiilor, cât şi execuţia adecvată a actelor de răspuns.

C. Păunescu şi I. Muşu prezintă o taxonomie a obiectivelor programului de recuperare psihomotrice structurată pe trei categorii de obiective generale, fiecare cuprinzând un număr de subniveluri, obiective operaţionale şi exemple de activităţi care conduc la realizarea obiectivelor operaţionale. Cele trei categorii de obiective generale şi subnivelurile respective sunt :

a) *organizarea şi coordonarea motorie generală*, abilitarea motrice generală, cu subnivelurile :
   - formarea şi dezvoltarea mişcărilor fundamentale (gestul rectiliniu, rotativ, polimorf) ;
   - formarea şi dezvoltarea capacităţilor fizice (forţă, viteză, rezistenţă, precizie, coordonare, îndemânare, automatizare) ;
   - formarea, dezvoltarea şi coordonarea mişcărilor fundamentale ale membrelor superioare şi inferioare, precum şi ale diferitelor părţi ale corpului ;
   - formarea şi dezvoltarea activităţilor motrice de manipulare a obiectelor şi a abilităţilor de comunicare nonverbală ;
   - formarea şi dezvoltarea capacităţii de comunicare verbală (mişcările organelor fonatorii, coordonarea sunet – gest etc.) ;
   - formarea şi dezvoltarea activităţii motorii de exprimare a afectivităţii (exprimarea de atitudini, emoţii şi sentimente prin gesturi) ;

b) *organizarea conduitelor şi structurilor perceptiv-motrice*, cu subnivelurile :
   - organizarea schemei corporale şi a lateralităţii ;
   - conduita şi structura perceptiv-motrice de culoare ;
   - conduita şi structura perceptiv-motrice de formă ;
   - orientarea, structurarea şi organizarea spaţială care cuprinde dezvoltarea capacităţilor perceptive legate de spaţiu şi dezvoltarea conduitei perceptiv-motrice spaţiale ;
   - orientarea, organizarea şi structurarea temporală ;

c) *organizarea acţiunilor*, cu subnivelurile :
   - organizarea mişcărilor în acţiuni eficiente ;
   - dezvoltarea deprinderilor de lucru.

Responsabilitatea alcătuirii programelor de terapie şi educaţie psihomotrice revine educatorilor specializaţi care îşi structurează aceste activităţi pe unităţi de timp bine precizate (zilnic, săptămânal, semestrial, anual) şi în funcţie de nivelul achiziţiilor psihomotrice ale fiecărui elev în parte.

10.4.7. *Organizarea şi formarea autonomiei personale şi sociale*

Adaptarea socială este procesul prin care o persoană sau un grup social devine capabil să trăiască într-un nou mediu social, ajustându-şi comportamentul după cerinţele noului mediu. Integrarea este o acţiune exercitată asupra unei persoane, implicând o continuă transformare şi restructurare a potenţialului şi însuşirilor individuale pentru a permite familiarizarea cu mediul, modificarea unor stereotipuri vechi şi punerea lor în acord cu

o nouă situaţie, cunoaşterea şi acomodarea cu specificul locului de muncă etc. Altfel spus, procesul integrării constituie o acţiune complexă care generează o fuziune între elementele sistemului personalităţii şi elementele sistemului social, determinând o dinamică de dezvoltare prin intermediul unor factori purtători de valori morale, spirituale, culturale (familia, şcoala, instituţiile publice din comunitate etc.) aparţinând grupului social.

Abilităţile şi competenţele necesare adaptării şi integrării sociale sunt rezultatul unui proces continuu de învăţare şi antrenament al deprinderilor copilului în situaţii diverse de viaţă. Aceste câteva consideraţii generale privind procesul adaptării şi integrării sociale permit analiza şi proiectarea programelor educaţionale raportate la specificul şi particularităţile individuale ale copilului. Copilul cu cerinţe educative speciale va beneficia de programe educaţionale care să asigure în primul rând terapia şi recuperarea, facilitând astfel adaptarea şi integrarea sa în societate. Structura programului general de autonomie personală şi socială are la bază următoarele obiective generale :

- formarea şi dezvoltarea abilităţilor sociale care să conducă la un grad înalt de maturitate psihosocială ;
- formarea şi dezvoltarea competenţelor psihomotrice şi de manualitate care să consolideze autonomia personală ;
- perceperea corectă, obiectivă şi exactă a propriei persoane ;
- educarea sensibilităţii şi a echilibrului afectiv pentru a garanta siguranţa de sine şi exprimarea propriilor emoţii şi sentimente în relaţiile cu cei din jur ;
- manifestarea acceptării şi respectului faţă de alte persoane în contexte sociale diferite ;
- organizarea şi programarea de activităţi care să permită exersarea autocontrolului şi învăţarea folosirii corecte şi civilizate a utilităţilor şi serviciilor publice.

Metodologia pentru învăţarea, formarea şi dezvoltarea comportamentelor de autonomie personală şi socială se structurează pe următoarele coordonate :

- stabilirea domeniilor de formare/dezvoltare a comportamentelor de autonomie personală şi socială (comportamente de autoservire şi autoîngrijire, comportamente de adaptare la viaţa cotidiană, comportamente sociale) ;
- formularea obiectivelor educaţional-terapeutice pentru fiecare domeniu în parte ;
- elaborarea programelor de intervenţie educaţional-terapeutică pentru fiecare domeniu, în funcţie de vârsta cronologică şi nivelul sau etapa de dezvoltare a copilului ;
- programarea activităţilor şi sarcinilor de lucru pentru fiecare copil ;
- evaluarea (iniţială, continuă/intermediară, finală) ;
- propuneri de ameliorare a activităţilor viitoare.

În viziunea autorului C. Păunescu (1999), modelul de terapie complexă recuperatorie integrată are următoarea structură :

Complexul psihoterapeutic	**Programe de recuperare**
Psihoterapiile reductive şi deconflictualizante	Programe de reducere a tensiunii intrapsihice şi interpersonale Programe de relaxare (*training autogen Schultz*) Programe de reducere a reactivităţii faţă de activitatea de învăţare Programe de restructurare şi ameliorare a imaginii de sine Programe de evaluare interpersonală Programe de reactualizare a eului Programe de sugestibilitate şi persuasiune

Complexul psihoterapeutic	Programe de recuperare
Psihoterapiile comportamentale	Programe de desensibilizare sau decondiţionare sistemică Programe de condiţionare pozitivă Programe de restructurare a comportamentelor Programe de condiţionare operantă Programe de modelare bazate pe învăţarea prin observare
Terapia psihomotricităţii	Programe pentru învăţarea şi dezvoltarea structurilor şi conduitelor perceptiv-motrice Programe pentru restructurarea şi reorganizarea reprezentării schemei corporale Programe pentru restructurarea şi reorganizarea procesului de organizare şi orientare spaţio-temporală Programe de (re)educare a lateralităţii Programe pentru identificarea şi discriminarea structurilor perceptive de formă şi culoare
Terapia kinestezică	Programe diferenţiate de kinetoterapie Programe de restructurare şi dezvoltare a complexului mimico-gesticular Programe pentru reeducarea şi dezvoltarea abilităţilor praxonozice
Ergoterapia	Programe diferenţiate de ergoterapie adaptate tipurilor de activităţi practice
Terapii cognitive	Programe complexe de restructurare a proceselor cognitive Programe pentru reorganizarea proceselor de cunoaştere Programe pentru cunoaşterea de sine şi a semnificaţiei experienţei interpersonale
Ludoterapia	Programe diferenţiate de ergoterapie adaptate tipurilor de activităţi practice Programe diferenţiate de restructurare şi remodelare a afectivităţii şi relaţionării prin intermediul jocului Programe de stimulare a empatiei Programe diferenţiate de orientare şi dezvoltare a sociabilităţii
Terapiile de expresie	Programe de relaxare şi deconflictualizare prin activităţi artistice Programe de terapie prin activităţi de natură plastică Programe de expresie corporală şi euritmie Programe de terapie bazate pe expresia verbală Programe de muzicoterapie
Psihoterapiile de grup	Programe de socioterapie Programe de restructurare a relaţiilor din grupul primar şi secundar Programe de dramaterapie
Psihoterapia personalităţii integratoare şi a relaţiilor sociale	Programe de rezolvare a conflictelor intergrupale Programe de modelare a relaţiilor sociale Programe de dezvoltare a structurilor integratoare a personalităţii persoanei cu disfuncţii intelective

În concluzie, principiul integrativ al acţiunii educaţional-terapeutice obligă ca activităţile educaţionale să fie valorificate sub toate aspectele, ca urmare a faptului că aceste categorii terapeutice nu pot fi abordate separat (în acest mod poate fi amplificat caracterul terapeutic al fiecărei activităţi educaţionale din acest program). În aceste condiţii,

educatorul care desfăşoară activităţi cu elevii care prezintă cerinţe speciale în educaţie trebuie să apeleze la toate tehnicile terapeutice care utilizează actul însuşirii cunoştinţelor şi formării deprinderilor în sfera educaţiei intelectuale, la cele care utilizează mişcarea ca factor terapeutic în sfera educaţiei fizice, artterapia şi meloterapia satisfăcând principiile educaţiei estetice. Aşa se explică şi delimitarea dintre procesele de intervenţie educaţional-terapeutică desfăşurate de psihologul clinician din reţeaua sanitară, de psihologul şcolar din instituţiile şcolare sau de educatorul-terapeut care trebuie să valorifice tehnicile terapeutice în context educaţional.

10.5. Terapia cu ajutorul animalelor

O orientare mai puţin convenţională în terapia persoanelor cu dizabilităţi, în ultimii ani, încearcă să valorifice interacţiunea şi contactul direct cu o serie de animale. Pentru mulţi dintre noi, animale precum pisicile, câinii, peştii, caii, păsările, hamsterii devin personaje obişnuite în viaţa de zi cu zi. Nu de puţine ori s-a demonstrat că animalele nu sunt doar prieteni şi tovarăşi ai omului, ci că prezenţa lor are efecte surprinzătoare şi asupra stării de sănătate[1]. Iată câteva exemple : se cunosc cazuri când câinii au anticipat apariţia unei crize de epilepsie ; tovărăşia papagalilor vorbitori atenuează durerile cardiace ; joaca sau numai simpla companie a pisicilor[2] ajută la scăderea presiunii arteriale şi diminuează semnificativ stările de anxietate, depresie sau chiar schizofrenie ; delfinii pot comunica uşor cu copiii autişti ; peştii induc stări de relaxare atunci când sunt priviţi mişcându-se în acvariu ; călăria ajută la detensionare şi la refacerea cu uşurinţă a echilibrului psihic etc.

10.5.1. *Terapia cu ajutorul delfinilor*

Terapia cu ajutorul delfinilor a fost cercetată şi aplicată, începând cu anul 1978, de către medicul David Nathanson, care a demonstrat prin studiile sale că delfinii pot ajuta persoanele cu probleme majore (tulburări ca autismul, sindromul Down, problemele severe de auz, paralizia cerebrală, problemele de vedere, afecţiunile coloanei vertebrale, cancerul, precum şi multe alte deficienţe) ; în principiu, teoriile şi cercetările care stau la baza acestei terapii atestă faptul că atât copiii, cât şi adulţii vor fi motivaţi îndeajuns pentru a-şi concentra atenţia, dacă primesc o recompensă pe măsură. Altfel spus, avem de-a face cu o terapie alternativă, care sprijină activitatea depusă în cadrul terapiilor convenţionale şi este susţinută de un terapeut profesionist care foloseşte delfinul şi ca stimul pentru generarea unor comportamente pozitive, dar şi ca recompensă pentru eforturile subiecţilor. Programele sunt proiectate pentru a oferi un mediu educaţional şi

1. Începând cu a doua jumătate a anilor '70, fenomenul telepatiei la animale s-a bucurat de o mare popularitate în ţările occidentale ; subiectul nu era o noutate, pentru că încă din Antichitate erau cunoscute şi apreciate capacităţile terapeutice/vindecătoare ale reprezentanţilor regnului animal.
2. Mulţi s-au întrebat cum se poate ca o pisică să aibă efecte terapeutice asupra omului. O explicaţie plauzibilă ar fi aceea că felinele au un câmp electromagnetic foarte puternic. De asemenea, se vorbeşte în unele cercuri despre aşa-numita terapie ondulatorie informaţională care are la bază convergenţa undelor electromagnetice de frecvenţă medie sau înaltă. Cu alte cuvinte, prin contactul dintre om şi felină, undele electromagnetice ale animalelor neutralizează undele emise de un organism uman bolnav.

terapeutic persoanelor cu nevoi speciale, celor care suferă de diferite boli sau întâmpină probleme emoţionale, urmărindu-se ameliorarea locomoţiei, comunicarea, interacţiunea cu cei din jur, procesele cognitive, instalarea unei stări de relaxare etc. Din 1988, delfinii din numeroase centre unde se practică acest gen de terapie au ajutat diverse persoane, copii şi adulţi cu probleme speciale, să facă progrese prin extinderea vocabularului, dezvoltarea capacităţilor motorii, reducerea stresului şi concentrarea asupra unei sarcini în particular, îmbunătăţindu-le condiţiile de viaţă şi dându-le ajutor pentru a se integra cât mai bine în societate. Delfinii implicaţi în aceste programe de terapie permit o acceptare necondiţionată a fiecărui participant şi reuşesc să se acomodeze cu problemele fiecărei persoane în parte (în apă, delfinii îşi pot folosi sonarul lor biologic extrem de precis pentru a analiza corpurile umane şi a sesiza diferenţele), abordând în mod spontan un anumit comportament prin care pot interacţiona cu adulţii şi copiii cu nevoi speciale.

Beneficiarii acestei terapii înoată şi/sau interacţionează cu delfinii în cadrul unor activităţi bine definite, special gândite pentru a-i ajuta pe participanţi la îmbunătăţirea capacităţilor fizice, cognitive şi de comunicare. Programul include activităţi cu delfini la ţărm, în apă sau activităţi de grup cu caracter educaţional şi terapeutic. Activităţile la ţărm presupun atingeri directe (spre exemplu : mângâierea delfinilor pe spate, atingerea pe tălpi de către delfini, deprinderea unor semnale care declanşează anumite comportamente din partea delfinilor şi diferite jocuri cum ar fi prinderea cercului de către delfini), până la experienţe în apă cu terapeutul şi delfinii. Activităţile de acest gen sunt folosite pentru a-i ajuta pe copii să-şi dezvolte capacităţile motrice, memoria pe termen scurt şi tehnicile motivaţionale. De asemenea, aceste activităţi le dezvoltă încrederea în sine şi le reduc anxietatea şi gradul de depresie. În cadrul programului, copiii învaţă să devină mai încrezători în forţele proprii într-un mediu care încurajează buna dispoziţie şi menţine confortul psihic. Ei reuşesc astfel să uite de problemele lor, în timp ce învaţă noi deprinderi comportamentale şi strategii de rezolvare. Scopul final al programului este de a le micşora gradul de depresie şi anxietate şi de a-i ajuta astfel să comunice mai eficient cu cei din jurul lor şi, mai mult, să depăşească stresul provocat de problemele de ordin medical, fizic sau emoţional.

Studiul terapiei cu ajutorul delfinilor se bazează pe ipoteza deficienţei de atenţie, care consideră că principalul impediment al învăţării la copiii cu deficienţe mintale este mai degrabă lipsa lor de concentrare decât imposibilitatea lor de a învăţa. Specialiştii care au susţinut astfel de teorii au lucrat cu copii care sufereau de diferite deficienţe, cum ar fi sindromul Down sau hidrocefalie. Ei au demonstrat că practicarea în apă a anumitor mişcări cu ajutorul delfinilor îi va ajuta pe copii să se concentreze mai mult şi să-şi menţină trează atenţia în timpul şedinţelor, fapt ce va mări semnificativ şansele şi eficienţa în procesul de învăţare a copiilor, comparativ cu orele de pregătire convenţională din cadrul clasei. Copiilor li s-au dat sarcini ce cuprindeau diferite probleme, ca stimulare suplimentară pentru învăţare primeau recompense în care li se permitea să se joace cu delfini, să-i atingă sau să-i mângâie. Spre exemplu, un program de terapie poate combina 40 de minute de terapie individuală folosindu-se tehnici cognitiv-comportamentale şi 20 de minute de interacţiune propriu-zisă cu un delfin. Un copil care efectuează o terapie în scopul îmbunătăţirii comunicării verbale şi care se află în procesul trecerii de la propoziţiile simple la cele complexe este încurajat de către terapeut să folosească propoziţii complexe atunci când solicită o interacţiune cu delfinul. Astfel, copiii au obţinut rezultate de 2 până la 10 ori mai bune în timpul terapiei cu ajutorul delfinilor decât în cadrul orelor de grup organizate de terapeuţi.

10.5.2. *Terapia cu ajutorul cailor – hipioterapia sau terapia ecvestră*

Această formă de terapie exploatează caracteristicile corporale, mai ales ale poneilor, şi mersul lor specific, permiţând o relaxare musculară cu precădere în zona şoldurilor şi a coloanei vertebrale inferioare, favorizând astfel echilibrul şi siguranţa. Atunci când se lucrează cu copii activi, este recomandat calul, şi nu poneiul, ritmul paşilor cailor fiind mai aproape de ritmul cardiac al mamei, producând o stare de relaxare mai accentuată. Terapia cu ajutorul cailor se recomandă mai ales copiilor cu probleme motorii cerebrale şi pentru cei care suferă de scleroză în plăci, dar este indicată şi serviciilor de pedagogie curativă pentru copii şi adulţi cu diferite probleme corporale, psihice şi cognitive. De asemenea, în terapia ecvestră sunt implicate elemente pedagogice, emoţionale şi sociale ; spre exemplu, interacţiunea cu o fiinţă vie, asumarea responsabilităţii, stabilirea unui contact, dezvoltarea încrederii, acceptarea senzaţiei de mobilitate, capacitatea de adaptare, capacitatea de a reacţiona. Persoana aflată pe un cal învaţă să se adapteze la mişcările acestuia, să intre în ritmul lui, executând mişcări active cu elemente de gimnastică şi jocuri de dexteritate. Calul poate fi utilizat ca un mediator care permite, în cadru medical sau/şi familial, urmărirea unor obiective precise la nivel psihomotor (schemă corporală, spaţiu, coordonare, disociere etc.), la nivel psihic (relaxare, încredere în sine, descoperirea aspectului ascuns de sine etc.), la nivel cognitiv (mai ales în cazul blocajelor) şi la nivel social (manejul creează un spaţiu propice conversaţiei, povestirii).

Analizând elementele principale în terapia alături de cal, se pot face câteva observaţii :

a) calul are o tendinţă naturală de a trezi la viaţă senzaţii arhaice apropiate de cele ale copilului care a trăit cu mama sa primele luni de viaţă ; Margareth Mahler[1] spunea că începutul sentimentului de identitate individuală şi de separare de obiect se regăsesc prin senzaţiile noastre corporale ; de exemplu, în cazul autismului sever, unde sentimentul identităţii individuale şi limitele dintre exterior şi interior ale corpului nu sunt clare, se poate face o îmbunătăţire în jurul corpului calului (prin „manipularea" corpului calului, subiectul îşi descoperă propriul corp) ;

b) când persoana este aşezată pe cal, tonusul său este mobilizat de pasul animalului ; funcţia tonică este primul nostru mod de comunicare, denumit de J. De Ajuriaguerra „dialog tonic" (permite sugarilor, după aproximativ primele trei luni de viaţă, să adreseze mamei mesaje care sunt nu numai unice în raport cu nevoile vitale, dar şi semne tot mai nuanţate în ceea ce priveşte dispoziţia generală) ;

c) relaţia, comunicarea şi gestiunea emoţiilor sunt elemente esenţiale ale apropierii dintre cal şi fiinţa umană ; caii nu recurg la simboluri abstracte, ei utilizează o comunicare emoţională directă (spre exemplu, atunci când o herghelie de cai porneşte pe neaşteptate la galop nu înseamnă că o fac din dorinţa de a imita, ci reacţionează instantaneu printr-o transmitere simultană a unei stări de emoţie) ; apropierea faţă de cal necesită autenticitate, deoarece calului nu-i poţi ascunde emoţiile.

---

1. Margareth Mahler (1897-1985) este o reprezentantă de seamă a psihologiei şi pedagogiei abisale, ocupându-se în scrierile şi cercetările sale mai cu seamă de copiii cu manifestări psihotice şi de cei cu tulburări/disfuncţii severe (cazul copiilor autişti). De asemenea, a elaborat o serie de teorii de inspiraţie psihanalitică prin care explică fazele dezvoltării şi evoluţiei copilului în primele luni de viaţă, accentuând importanţa fazei autistice în relaţia mamă – copil.

Experienţa a demonstrat că simplul fapt de a călări produce o stare de linişte. Nu în ultimul rând, pentru a reţine atenţia anumitor copii hiperactivi se utilizează trapul, deoarece, adesea, o anumită doză de mişcare îi poate face să-şi menţină atenţia concentrată mai mult timp.

10.5.3. *Terapia cu ajutorul animalelor de companie*

Un animal de companie ne poate oferi un impuls pentru a percepe realitatea într-un mod mai optimist şi pentru a ne simţi mai bine. S-a demonstrat ştiinţific că persoanele care sunt singure au mai puţine motive să trăiască, să iubească şi să comunice în comparaţie cu persoanele care au un animal de companie. Boris Levinson, un psihiatru american specializat în problemele copiilor, a introdus conceptul de *terapie cu ajutorul animalelor* în 1964, urmărind efectele în cadrul şedinţelor cu copii cu deficienţe de comunicare, în care s-a folosit şi de câinele său. Numeroşi oameni de ştiinţă şi medici au început să pună în practică teoriile lui B. Levinson în scop terapeutic şi rezultatele lor au arătat că animalele pot ameliora psihicul şi nivelul de comunicare al oamenilor, pot mări încrederea în sine şi pot îmbunătăţi calitatea vieţii. Mai multe studii au arătat că persoanele care sufereau de depresie au devenit mult mai interactive şi optimiste după ce au petrecut o perioadă în compania unor câini şi pisici. De asemenea, este cunoscut faptul că pisicile şi câinii i-au ajutat pe bolnavii de cancer aflaţi în stare terminală să-şi învingă sentimentul de frică, disperare, singurătate şi izolare.

Animalele de companie sunt excelenţi parteneri sociali şi tind să fie adevăraţi magneţi pentru toţi cei care le iubesc ; spre exemplu, unele cercetări au demonstrat că persoanele care manifestă o afecţiune faţă de câini dau dovadă de aceeaşi afecţiune şi faţă de semenii lor. Alte cercetări au ajuns la concluzia că persoanele care intră în contact frecvent cu animalele lor manifestă o disponibilitate mai mare în consolidarea unor relaţii cu alţi semeni, în comparaţie cu persoanele care nu deţin sau nu sunt iubitoare de animale. Un animal poate juca numeroase roluri în viaţa unei persoane ; poate fi prieten, copil, mamă, un frate geamăn şi partener de viaţă, adică poate satisface legăturile puternice resimţite de-a lungul vieţii unui individ.

Nu este deloc surprinzător pentru iubitorii de animale că, în general, animalele (mai ales câinii) reprezintă adevărate miracole pentru dezvoltarea din punct de vedere emoţional şi social a copiilor ; în multe zone de pe glob, în cadrul centrelor de recuperare, programele de terapie cu ajutorul animalelor de companie au fost de un real ajutor pentru preşcolarii cu disfuncţii, ei ajungând astfel să pronunţe inteligibil primele lor cuvinte ; copiii cu deficienţe fizice care au primit proteze la nivelul membrelor pot fi ajutaţi să se familiarizeze cu noua lor situaţie sau postură (spre exemplu, un copil care are o proteză nouă la un picior poate să-şi controleze echilibrul prin aruncarea unei mingi unui câine, jucându-se cu acesta). Prin dragostea arătată stăpânilor lor şi prin rolul de cei mai buni prieteni ai omului, câinii îi pot ajuta pe copii să capete încredere, respect faţă de sine şi o plăcere crescută în concentrarea asupra propriilor calităţi, şi nu a propriilor defecte. Pentru persoanele cu dizabilităţi, un câine antrenat în acest scop poate constitui „ochii” unui orb, „picioarele” unei persoane care nu se poate deplasa sau o alarmă în caz de pericol pentru cei care au deficienţe de auz. Un animal de companie va putea să satisfacă întotdeauna persoana cu care interacţionează, indiferent de starea de spirit în care se află aceasta.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Care sunt principalele argumente în favoarea elaborării şi aplicării unui curriculum şcolar flexibil în activităţile instructiv-educative cu elevi care prezintă cerinţe speciale?
- Efectuaţi o analiză, cu exemple din activitatea educaţională, asupra modului cum poate creşte eficienţa activităţilor educative cu elevii care prezintă cerinţe speciale în plan şcolar.
- Exemplificaţi câteva modalităţi de valorificare practică a conceptelor de *multilevel learning* şi *team-teaching* în activităţile instructiv-educative cu elevi care prezintă cerinţe speciale.
- Prezentaţi sintetic principalele aspecte ale proceselor psihice la copilul cu dizabilităţi, în raport cu procesul de învăţare şcolară.
- Analizaţi modalităţile de aplicare a principiilor didactice în activităţile de educaţie specială.
- Care sunt particularităţile metodelor şi procedeelor didactice în activităţile instructiv-educative desfăşurate cu elevii cu cerinţe speciale?
- Cum argumentaţi importanţa învăţării prin cooperare în clasele unde sunt integraţi elevi cu cerinţe educative speciale?
- Prezentaţi câteva aspecte specifice întâlnite în formele de organizare şi desfăşurare a procesului de învăţământ pentru elevii cu cerinţe speciale.
- Care sunt rolul şi importanţa terapiei educaţionale în procesul educativ-recuperator al copiilor cu dizabilităţi?
- Elaboraţi câte un proiect de activitate din fiecare tip de terapii educaţionale (categoria de vârstă, tipul şi gradul dizabilităţii sunt la alegere).
- Exprimaţi-vă un punct de vedere personal cu privire la terapiile alternative destinate copiilor cu dizabilităţi şi în care se folosesc animale.

CAPITOLUL 11

Integrarea copiilor cu dizabilităţi în şcoala publică

11.1. Educaţia integrată – analiză teoretică şi delimitări terminologice

În anul 1988, UNESCO a elaborat şi lansat o nouă teză care, ulterior, a stat la baza directivelor de acţiune ale Conferinţei Mondiale a Educaţiei Speciale de la Salamanca[1] din anul 1994 : „Educaţia integrată şi reabilitarea pe baza resurselor comunitare reprezintă abordări complementare care se sprijină reciproc în favoarea acordării de servicii pentru persoanele cu cerinţe speciale" (UNESCO, 1988). Prin această teză se arată că reabilitarea în comunitate a persoanelor cu deficienţe este parte componentă a dezvoltării unei comunităţi şi vizează implicarea prin eforturi combinate a persoanelor cu dizabilităţi, a familiilor lor şi a membrilor comunităţii din care fac parte, împreună cu serviciile de sănătate, educaţie, profesionale şi sociale din comunitatea în care trăiesc.

Un alt moment de referinţă a fost Conferinţa UNESCO a miniştrilor Educaţiei de la Jomtien, Thailanda (1990), care a reprezentat deschiderea unei noi direcţii a politicilor educaţionale în lume : *educaţia pentru toţi*. Aceasta are în vedere nevoia de deschidere a sistemelor/structurilor de educaţie pentru a fi în măsură să primească şi să sprijine toţi copiii. Astfel, *şcolile pentru toţi* sunt percepute ca şcoli ale comunităţii, deschise, flexibile, democratice şi inovatoare.

Educaţia pentru toţi a fost definită ca *acces la educaţie şi calitatea acesteia pentru toţi copiii*, fiind identificate două obiective generale (Salamanca, 1994) :

---

1. Declaraţia acestei conferinţe a impus nevoia de regândire a domeniului educaţiei considerat şi denumit *special*. De asemenea, au apărut o serie întreagă de întrebări la care trebuie găsite răspunsuri : *Ce se înţelege prin termenul de special ?* ; *De ce specialul impune de multe ori marginalizarea şi excluderea, nu şi sprijinul şi efortul în comun ?* ; *Nu cumva prin sprijin suplimentar alimentăm o formă la fel de dăunătoare de discriminare, discriminarea pozitivă ?* ; *Oare nu ar trebui găsite căile pentru a răspunde într-o manieră globală tuturor copiilor, eliminând orice formă de discriminare ?* ; *Separând anumite grupuri pentru a le sprijini, nu cumva separăm grupuri umane şi falsificăm ideea de diversitate ?* ; *A devenit oare suficient de clar faptul că educaţia specială este parte a educaţiei generale şi acumulările acesteia în practici şi concepte/teorii pot aduce beneficii întregii societăţi, nu numai unor grupuri considerate vulnerabile ?* ; *Acceptăm faptul că diferenţele dintre oameni pot aduce avantaje învăţării şi se pot constitui în mijloace de învăţare şi surse de experienţe ?*

1. Asigurarea *posibilităţilor participării* la educaţie a tuturor copiilor, indiferent de cât de diferiţi sunt ei şi de măsura în care se abat, prin modelul personal de dezvoltare, de la ceea ce societatea a denumit *normal*. *Participarea* presupune în primul rând *acces* şi apoi identificarea căilor prin care fiecare să fie *integrat* în structurile ce facilitează învăţarea socială şi individuală, să contribuie şi să se simtă parte activă a procesului. *Accesul* are în vedere posibilitatea copiilor de a ajunge fizic la influenţele educative ale unei societăţi (familie, şcoală, comunitate), de a se integra în şcoală şi de a răspunde favorabil solicitărilor acesteia.
2. *Calitatea educaţiei* se referă la identificarea acelor dimensiuni ale procesului didactic, a conţinuturilor învăţării şi a calităţilor agenţilor educaţionali, care să sprijine învăţarea tuturor categoriilor de elevi, să asigure succesul, să facă sistemul deschis, flexibil, eficient şi efectiv.

Fiecare copil este înţeles ca un participant activ la învăţare şi predare pentru că fiecare aduce cu sine în procesul complex al învăţării şi dezvoltării o experienţă, un stil de învăţare, un model social, o interacţiune specifică, un ritm personal, un mod de abordare, un context cultural căruia îi aparţine.

Având în vedere aceste premise, ideea integrării copiilor cu dizabilităţi în şcoala publică a apărut ca o reacţie necesară şi firească a societăţii la obligaţia acesteia de a asigura normalizarea şi reformarea condiţiilor de educaţie pentru persoanele cu cerinţe educative speciale. Conform principiilor promovate în materie de educaţie de către organismele internaţionale, precum şi prevederilor incluse în *Declaraţia drepturilor persoanelor cu dizabilităţi*, se menţionează că persoanele/elevii cu diferite tipuri de deficienţe au aceleaşi drepturi fundamentale ca şi ceilalţi cetăţeni de aceeaşi vârstă, fără discriminare pe motive de sex, limbă vorbită, religie, opinii politice, origine naţională sau socială, stare financiară sau orice altă caracteristică a persoanei în cauză sau a familiei sale. De asemenea, aceste persoane au dreptul la tratament medical, psihologic şi funcţional, la recuperare medicală şi socială, la şcolarizare, pregătire şi educare/reeducare profesională, la servicii de consiliere, la asistenţă pentru încadrare în muncă, precum şi la alte servicii care să le permită dezvoltarea şi manifestarea aptitudinilor şi capacităţilor de care aceştia dispun şi să le faciliteze procesul de integrare/reintegrare socială.

În *Declaraţia de la Salamanca* se spune că *şcoala obişnuită cu o orientare incluzivă reprezintă mijlocul cel mai eficient de combatere a atitudinilor de discriminare, un mijloc care creează comunităţi primitoare, construieşte o societate incluzivă şi oferă educaţie pentru toţi ; mai mult, ele asigură o educaţie eficientă pentru majoritatea copiilor şi îmbunătăţesc eficienţa şi chiar rentabilitatea întregului sistem de învăţământ.* Declaraţia adoptată de reprezentanţii a 88 de guverne şi 25 de organizaţii internaţionale mai include şi următoarele puncte :

- „fiecare copil are dreptul fundamental la educaţie şi fiecărui copil trebuie să i se ofere şansa de a ajunge şi de a se putea menţine la un nivel acceptabil de învăţare ;
- fiecare copil posedă caracteristici, interese, aptitudini şi necesităţi de învăţare proprii ;
- proiectarea sistemelor educaţionale şi implementarea programelor educaţionale trebuie să ţină seama de marea diversitate a caracteristicilor şi trebuinţelor copiilor incluşi în procesul educaţional ;
- copiii cu cerinţe speciale trebuie să aibă acces în şcolile obişnuite (şcolile publice), iar aceste şcoli trebuie să-şi adapteze procesul didactic conform unei *pedagogii*

centrate asupra copilului, capabilă să vină în întâmpinarea nevoilor de cunoaştere ale fiecărui elev în parte ;
– şcolile obişnuite, care au adoptat această orientare, sunt cele mai importante instanţe de combatere a atitudinilor discriminatorii, construind o societate bazată pe spiritul de acceptare şi respect, oferind şanse egale de acces la educaţie pentru toţi elevii ; mai mult, ele asigură o educaţie utilă pentru majoritatea copiilor, îmbunătăţind eficienţa şi gradul de utilitate socială al întregului sistem educaţional" (*Declaraţia Conferinţei de la Salamanca*).

Având în vedere aceste aspecte, putem afirma că procesul educaţiei în lume a intrat într-o nouă etapă de dezvoltare – trecerea de la atitudinea şi abordarea segregaţionistă a procesului didactic la deschiderea şi atitudinea integratoare, profund umanistă a şcolii.

Dacă acceptăm ideea că, după absolvirea şcolii, toţi copiii (inclusiv cei cu dizabilităţi/cerinţe speciale) trebuie să beneficieze de şansa de a participa activ la viaţa socială, atunci trebuie să le acordăm necondiţionat această şansă încă din şcoală ; deci integrarea socială este pregătită şi condiţionată de integrarea şcolară. Pe de altă parte, dificultăţile apărute în procesul integrării nu sunt generate atât de natura cerinţelor speciale ale elevilor integraţi, cât mai ales de modul nostru de a percepe acest proces, aşadar, în esenţă, este o chestiune de atitudine.

Pentru a clarifica unele aspecte esenţiale cu privire la educaţia integrată, putem efectua următoarea sinteză :

copii evaluați ca fiind copii cu cerințe speciale

Ce este integrarea ?	Ce nu este integrarea ?
– a educa acei copii cu cerinţe speciale în şcoli obişnuite alături de ceilalţi copii normali ; – a asigura servicii de specialitate (recuperare, terapie educaţională, consiliere şcolară, asistenţă medicală şi socială etc.) în şcoala respectivă ; – a acorda sprijin personalului didactic şi managerilor şcolii în procesul de proiectare şi aplicare a programelor de integrare ; – a permite accesul efectiv al copiilor cu cerinţe speciale la programul şi resursele şcolii obişnuite (săli de clasă, cabinete, laboratoare, bibliotecă, terenuri de sport etc.) ; – a încuraja relaţiile de prietenie şi comunicarea între toţi copii din clasă/şcoală ; – a educa şi ajuta toţi copiii pentru înţelegerea şi acceptarea diferenţelor dintre ei ; – a ţine cont de problemele şi opiniile părinţilor, încurajându-i să se implice în viaţa şcolii ; – a asigura programe de sprijin individualizate pentru copiii cu cerinţe speciale ; – a accepta schimbări radicale în organizarea şi dezvoltarea activităţilor instructiv-educative din şcoală.	– a cuprinde copii cu cerinţe educative speciale în programul şcolilor obişnuite fără pregătirea şi suportul necesar ; – a izola copiii cu cerinţe speciale în şcolile obişnuite sau a plasa clasele speciale în extremitatea clădirii şcolii ori în spaţii separate de clădirea principală a şcolii ; – a grupa copiii cu cerinţe speciale foarte diferite în acelaşi program ; – a ignora cerinţele strict individuale ale copilului ; – a expune copilul unor riscuri nejustificate ; – a solicita sarcini nerealizabile în aplicarea programului de integrare a personalului didactic şi managerilor şcolii ; – a ignora problemele şi opiniile părinţilor ; – a plasa copii cu cerinţe speciale în instituţii şcolare obişnuite alături de copii mai mici ca vârstă ; – a structura un orar separat pentru copiii cu cerinţe speciale aflaţi în şcoli obişnuite.

Din perspectivă psihosociologică, orice demers în abordarea strategiilor de implementare a învăţământului integrat în sistemul de învăţământ actual trebuie să pornească atât de la o analiză la nivel macrosocial, cât şi de la o analiză la nivel microsocial a problematicii respective. Dacă nu există semnale favorabile la aceste niveluri de analiză, eficienţa integrării riscă să rămână în permanenţă sub semnul întrebării.

Analiza macrosocială include:

- disponibilitatea şi interesul societăţii pentru integrare, evidenţiate prin cadrul legislativ, sprijinul economic şi logistic, factorii de decizie etc.;
- atitudinea şi percepţia opiniei publice cu privire la problematica educaţiei, în şcolile de masă, a copiilor cu diferite tipuri de deficienţe – unii oameni acceptă la nivel de principii acest proces, dar, în situaţia când propriii copii trebuie să facă parte dintr-o clasă în care sunt integraţi copii cu probleme psihocomportamentale sau psihofiziologice, poate să apară o atitudine de reţinere sau respingere.

Întrebarea ce se pune în acest caz este care sunt avantajele, în plan socioeconomic şi comunitar, rezultate în urma aplicării educaţiei integrate în sistemul actual de învăţământ din ţara noastră.

Analiza microsocială are în vedere:

- disponibilitatea şi interesul cadrelor didactice de a susţine învăţământul integrat prin activităţile desfăşurate cu colectivul claselor pe care le au în primire – educaţia integrată nu trebuie să se desfăşoare prin dispoziţii sau forme impuse;
- acceptul părinţilor sau aparţinătorilor care au copii în clasele unde se practică integrarea – se evită astfel posibilele stări de tensiune sau conflict de pe parcurs.

În acest caz, trebuie să se răspundă la următoarele întrebări: actuala structură numerică a claselor din învăţământul de masă permite integrarea? Poate educatorul să facă faţă unei abordări diferenţiate a categoriilor de copii din clasă?

În altă ordine de idei, integrarea înseamnă că relaţiile dintre indivizi sunt bazate pe o recunoaştere a integrităţii lor, a valorilor şi drepturilor comune pe care le posedă. Când lipseşte recunoaşterea acestor valori, se instaurează alienarea şi segregarea între grupurile sociale. B. Nirje afirmă că „integrarea înseamnă să ţi se permită să fii capabil să fii tu însuţi printre ceilalţi" (*apud* Popovici, 1999). Altfel spus, integrarea se referă la relaţia stabilită între individ şi societate şi se poate analiza având în vedere mai multe niveluri, de la simplu la complex. Astfel, putem vorbi despre:

a) *integrarea fizică* – permite persoanelor cu cerinţe speciale satisfacerea nevoilor de bază ale existenţei lor, adică asigurarea unui spaţiu de locuit în zone rezidenţiale, organizarea claselor şi grupelor în şcoli obişnuite, profesionalizarea în domenii diverse, locuri de muncă (în sistem protejat) etc.;

b) *integrarea funcţională* – are în vedere posibilitatea accesului persoanelor cu cerinţe speciale la utilizarea tuturor facilităţilor şi serviciilor oferite de mediul social/ comunitate pentru asigurarea unui minimum de confort (de exemplu: folosirea mijloacelor de transport în comun, facilităţi privind accesul stradal sau în diferite instituţii publice etc.);

c) *integrarea socială* – se referă la ansamblul relaţiilor sociale stabilite între persoanele cu cerinţe speciale şi ceilalţi membri ai comunităţii (vecini, colegi de serviciu, oameni de pe stradă, funcţionari publici etc.); aceste relaţii sunt influenţate de

atitudinile de respect şi stimă şi de ansamblul manierelor de interacţiune dintre oamenii normali şi cei cu cerinţe speciale ;

d) *integrarea personală* – este legată de dezvoltarea relaţiilor de interacţiune cu persoane semnificative[1], în diverse perioade ale vieţii ; aici sunt incluse diverse categorii de relaţii, în funcţie de vârsta subiectului – pentru un copil, relaţiile cu părinţii, rudele, prietenii ; pentru un adult, relaţiile cu soţul/soţia, prietenii, copiii, rudele etc. (altfel spus, integrarea eficientă impune anumite condiţii, şi anume, pentru un copil, existenţa unor relaţii cât mai apropiate cu familia, iar pentru un adult, asigurarea unei existenţe demne, cu relaţii diverse în cadrul grupurilor sociale din comunitate) ;
e) *integrarea în societate* – se referă la asigurarea de drepturi egale şi respectarea autodeterminării persoanei cu cerinţe speciale ;
f) *integrarea organizaţională* – se referă la structurile organizaţionale care sprijină integrarea ; este necesar ca serviciile publice să fie organizate în aşa fel încât să răspundă nevoilor tuturor indivizilor din societate.

În concluzie, transpunerea în practică a integrării necesită desfăşurarea unui sistem închegat de acţiuni, din domenii diverse : psihologie, pedagogie, sociologie, asistenţă socială, asistenţă medicală, organizatoric, juridic, politic etc. Acţiunile respective trebuie desfăşurate începând de la nivelul individual până la cel social, urmărindu-se, în final, transformarea societăţii într-un sistem capabil să asigure integrarea persoanelor cu cerinţe speciale în structurile din interiorul său.

Foarte importantă este *terminologia de bază utilizată în contextul educaţiei integrate*. Astfel :

Integrarea şcolară – reprezintă procesul de includere în şcolile de masă sau în clasele obişnuite, la activităţile educative formale şi nonformale, a copiilor consideraţi ca având cerinţe educative speciale. Percepând şcoala ca principala instanţă de socializare a copilului (familia fiind socotită prima instanţă de socializare), integrarea şcolară reprezintă o particularizare a procesului de integrare socială a acestei categorii de copii, proces care are o importanţă fundamentală în facilitarea integrării ulterioare în viaţa comunitară prin formarea unor conduite şi atitudini, a unor aptitudini şi capacităţi favorabile acestui proces. În plus, integrarea şcolară a copiilor cu cerinţe speciale permite, sub îndrumarea atentă a cadrelor didactice, perceperea şi înţelegerea corectă de către elevii normali a problematicii şi potenţialului de relaţionare şi participare la viaţa comunitară a semenilor lor care, din motive independente de voinţa lor, au nevoie de o abordare diferenţiată a procesului de instrucţie şi educaţie din şcoală şi de anumite facilităţi pentru accesul şi participarea lor la serviciile oferite în cadrul comunităţii.

Relaţia dintre incluziune şi integrare comportă următoarele caracteristici :

a) integrarea copiilor cu cerinţe speciale are în vedere includerea acestora în clasele obişnuite, se centrează pe transferul copiilor de la şcoli separate (aşa-numitele şcoli speciale) la şcolile obişnuite din cadrul comunităţii ; dacă nu se constată o creştere a

---

1. Un copil mutat din familia de apartenenţă este traumatizat prin segregare şi pierde elementele esenţiale ale integrării personale, la fel cum un adult care nu se poate muta din casa părinţilor şi nu poate duce o existenţă independentă, conform vârstei, pierde, la rândul lui, aspectele esenţiale legate de integrarea personală.

interacţiunilor între elevii cu şi fără dizabilităţi sau cu diferenţe în învăţare, putem considera că nu este un proces de integrare şcolară reală, ci numai o etapă în integrare : integrarea fizică.

b) educaţia incluzivă presupune un proces permanent de îmbunătăţire a instituţiei şcolare, având ca scop valorificarea optimă a resurselor existente, mai ales a resurselor umane, pentru a susţine participarea la procesul de învăţământ a tuturor elevilor din cadrul unei comunităţi (aceasta înseamnă că şi o şcoală specială poate fi incluzivă sau poate dezvolta practici incluzive în abordarea copiilor).

• *Cerinţe/nevoi educative speciale* – se referă la cerinţele în plan educativ ale unor categorii speciale de elevi, cerinţe consecutive unor disfuncţii sau deficienţe de natură intelectuală, senzorială, psihomotrice, fiziologică etc. sau unor condiţii psihoafective, socioeconomice sau de altă natură (cum ar fi absenţa mediului familial, condiţii de viaţă precare, anumite particularităţi ale personalităţii copilului etc.). Toate acestea plasează elevul într-o stare de dificultate în raport cu ceilalţi din jur, stare care nu-i permite o existenţă sau o valorificare în condiţii normale a potenţialului intelectual şi aptitudinal de care acesta dispune. În consecinţă, activităţile educative şcolare şi/sau extraşcolare reclamă noi modalităţi de proiectare şi desfăşurare a lor în relaţie directă cu posibilităţile reale ale elevilor, astfel încât să poată veni în întâmpinarea cerinţelor pe care aceştia le resimt în raport cu actul educaţional (acest proces presupune, pe lângă continuitate, sistematizare, coerenţă, rigoare şi accesibilizare a conţinuturilor, un anumit grad de înţelegere, conştientizare, participare, interiorizare şi evoluţie în planul cunoaşterii din partea elevilor).

• *Şcoala incluzivă*[1] – este denumirea instituţiei şcolare din învăţământul public de masă unde au acces toţi copii, unei comunităţi, indiferent de mediul de provenienţă, în care sunt integraţi într-o formă sau alta şi copiii cu cerinţe speciale în educaţie, unde programul activităţilor didactice are la bază un curriculum specific (individualizat şi adaptat) şi unde participarea personalului didactic la activităţile educative din clasă se bazează pe un parteneriat activ între profesori, profesori de sprijin/suport, specialişti în educaţie specială şi părinţi. Pornind de la această realitate, în literatura de specialitate se vorbeşte şi despre *clase incluzive*, în care pot fi integraţi un număr limitat de copii cu cerinţe educative speciale (de regulă între doi şi patru copii cu CES) în baza Legii nr. 84/1995, art. 41, aliniatul 2.

• *Curriculum diferenţiat* – se referă la modalităţile de selectare şi organizare a conţinuturilor, metodelor de predare-învăţare, metodelor şi tehnicilor de evaluare, standardelor de performanţă, mediului psihologic de învăţare, în scopul diferenţierii experienţelor de învăţare şi de adaptare a procesului instructiv-educativ la posibilităţile aptitudinale şi de înţelegere, la nivelul intereselor şi cerinţelor educaţionale, la ritmul şi la stilul de învăţare al elevului. Această diferenţiere are în vedere, în primul rând, specificul potenţialului aptitudinal, dominantele personalităţii şi capacitatea de înţelegere şi

1. Şcolile incluzive sunt şcolile deschise, prietenoase, în care sunt urmărite flexibilizarea curriculumului, calitatea predării-învăţării, evaluarea permanentă şi formativă, precum şi parteneriatul educaţional.

prelucrare a informaţiilor/cunoştinţelor dobândite de elev în cadrul procesului instructiv--educativ. Plecând de la această premisă, putem vorbi aici despre un *curriculum individualizat/personalizat*.

• *Curriculum adaptat* – este în strânsă legătură cu noţiunea de *curriculum diferenţiat*, în sensul că diferenţierea presupune, implicit, şi o adaptare a conţinuturilor, metodelor, mijloacelor şi tehnicilor de lucru în activităţile instructiv-educative. Dintr-un anumit punct de vedere, cei doi termeni sunt aproape sinonimi, în sensul că nu poate exista diferenţiere fără adaptare, la fel cum nu poate exista adaptare fără diferenţiere (evident, în sfera conceptului de *curriculum*). Noţiunea de *curriculum adaptat* se potriveşte mai bine în contextul educaţiei integrate, unde adaptarea conţinuturilor la o categorie anume de elevi cu cerinţe educative speciale are în vedere atât volumul de cunoştinţe, cât mai ales procesele psihice şi particularităţile funcţionale ale sistemului nervos la elevii cu cerinţe speciale, în cazul cărora funcţia compensatorie determină o serie de modificări ale reţelelor neuronale de transmitere şi prelucrare a informaţiilor.

Adaptarea curriculumului se poate realiza prin:

a) *extensiune* (în cazul în care potenţialul intelectual nu este afectat – de exemplu, copiii cu deficienţe vizuale sau fizice), adică prin introducerea unor activităţi suplimentare care vizează cu precădere aspecte legate de însuşirea unor limbaje specifice (dactileme, alfabetul Braille, limbajul semnelor etc.) şi comunicare, orientare spaţială, activităţi de socializare şi de integrare în comunitate, activităţi practice focalizate pe o pregătire profesională adecvată tipului de deficienţă;

b) *selectarea unor conţinuturi* din curriculumul general adresat copiilor normali, care pot fi înţelese şi însuşite de copiii cu cerinţe speciale; renunţarea la alte conţinuturi cu un grad ridicat de complexitate;

c) *accesibilizarea şi diversificarea componentelor curriculumului general* prin introducerea elevilor cu cerinţe educative speciale într-o varietate de activităţi individuale, compensatorii, terapeutice, destinate recuperării acestora, şi asigurarea participării lor în mod eficient la activităţile desfăşurate în învăţământul obişnuit;

d) folosirea unor *metode şi procedee didactice* şi a unor *mijloace de învăţământ* preponderent intuitive care să ajute elevul cu cerinţe speciale să înţeleagă şi să interiorizeze conţinuturile predate la clasă;

e) folosirea unor *metode şi procedee de evaluare* prin care să se evidenţieze evoluţia şi performanţele elevilor, nu numai în plan intelectual, ci mai ales în plan aplicativ (gradul de valorificare a potenţialului aptitudinal şi modalităţile de rezolvare a unor probleme tipice de viaţă sau a unor situaţii-problemă, posibilităţile de relaţionare şi comunicare cu cei din jur, performanţele în plan profesional etc.).

• *Profesor itinerant/suport* (*teacher assistant/support teacher*) – este acea persoană specializată în activităţile educative şi recuperatorii adresate copiilor cu cerinţe speciale în educaţie. Statutul său este de profesor specializat care poate fi angajatul unei şcoli speciale, al unui centru de recuperare sau chiar angajatul unei şcoli de masă (atunci când activităţile de terapie şi recuperare se desfăşoară în perimetrul şcolii de masă, în spaţii special amenajate, echipate corespunzător şi destinate acestor activităţi – *camera de resurse pentru copiii cu cerinţe educative speciale*). În calitatea sa, profesorul de sprijin, pe lângă activităţile specifice desfăşurate în afara orelor de clasă împreună cu acei copii

consideraţi ca având cerinţe speciale, participă şi la activităţile didactice din clasă, împreună cu profesorul şcolii de masă, unde se ocupă în special de copiii cu dificultăţi în receptarea şi înţelegerea mesajului lecţiei sau în realizarea sarcinilor primite la anumite activităţi/discipline. În aceste condiţii, responsabilitatea sa este dublă, deoarece trebuie să se adapteze atât condiţiilor de lucru din clasa obişnuită (unde trebuie să joace rolul unui personaj familiar şi discret), cât şi condiţiilor de lucru în particular cu respectivii copii.

Observaţie

Fiecare elev este unic şi are valoarea sa, indiferent de problemele pe care le prezintă în procesul de învăţare şcolară. Învăţarea este şi ea unică pentru fiecare elev în parte, în funcţie de stilul, ritmul, nivelul său de învăţare şi dezvoltare, caracteristicile şi particularităţile sale, aptitudinile, aşteptările, experienţa sa anterioară.

NU

11.2. Elemente privind managementul procesului de introducere pe scară largă a educaţiei integrate

Evoluţia managementului instituţiilor şcolare în direcţia aplicării practicilor din educaţia integrată impune transformări radicale în înţelegerea schimbărilor care vor avea loc în şcoală. Experienţa a arătat că, în condiţiile schimbării, unele cadre didactice sunt mai conştiente de importanţa perfecţionării lor profesionale, explorând şi identificând noi strategii de ameliorare a procesului didactic. În mod asemănător, unele şcoli sunt mai receptive la necesitatea construirii unui mediu care să încurajeze dezvoltarea profesională.

Şcoala incluzivă pune în centrul atenţiei sale persoana umană ca fiinţă originală, unică şi irepetabilă, accentuând ideea că în fiecare societate există persoane diferite, grupuri diferite, motivaţii, raţiuni şi puncte de vedere diferite (Melero, 1998). Această perspectivă generează la rândul ei o serie de întrebări:

- Ce schimbări trebuie să se producă în organizarea şcolii?
- Care sunt conţinuturile educaţionale pe care şcoala trebuie să le pună la dispoziţia elevilor?
- Ce schimbări trebuie să se producă în stilul de predare şi în modul de cooperare între profesori pentru a se asigura un învăţământ de calitate?
- Care este specificul procesului de evaluare în şcoala incluzivă şi cum trebuie înţeles progresul copiilor?
- Cine poate fi considerat elev cu cerinţe educative speciale într-o şcoală incluzivă?

Numeroase studii şi experienţe practice au scos în evidenţă unele aspecte referitoare la natura şi rolul schimbării procesului de management în şcoală. În acest sens, putem sublinia următoarele aspecte:

1. *Schimbarea înseamnă de fapt învăţare* – însuşirea unor noi moduri de gândire şi comportament.
2. *Schimbarea reprezintă un proces, nu un eveniment* – parcurgerea unor operaţiuni succesive în vederea adoptării unor modalităţi diferite de organizare a activităţilor în şcoală şi în clasă, pornind de la principiul normalizării vieţii şcolare pentru elevii cu cerinţe speciale.

3. *Schimbarea cere timp* – orice proces de schimbare la nivelul şcolii are loc în timp şi orice presiune creată de termene-limită nerealiste produce stres, nelinişte, disconfort şi reacţii negative la noile idei sau practici de lucru (este nevoie de timp pentru a putea exersa noi comportamente şi atitudini induse de procesul schimbării, iar asimilarea şi individualizarea noilor metode de lucru de către actorii implicaţi în activităţile şcolii solicită un interval semnificativ de timp).
4. *Schimbarea poate fi derutantă şi dureroasă prin efectele sale* – în încercarea lor de a corela noile idei şi modalităţi de acţiune cu propriile experienţe, interese şi prejudecăţi, actorii şcolii pot deforma, adapta sau resemnifica sensul real al ideilor şi teoriilor care susţin schimbarea. Astfel, obiectivul iniţial, chiar dacă a fost prezentat într-o formă logică şi raţională, poate să ajungă să însemne ceva cu totul diferit în viziunea altor persoane. Pe de altă parte, schimbarea înseamnă şi asumarea unor riscuri care pot afecta statutul şi confortul persoanelor, provocând reacţii de rezistenţă şi stări conflictuale cu efecte neplăcute pe perioade mai mici sau mai mari de timp (în funcţie de flexibilitatea şi gradul de adaptare a fiecărei persoane la noile condiţii de activitate).

În scopul unei reuşite depline a integrării copiilor cu dizabilităţi/cerinţe educative speciale într-o şcoală de masă, este nevoie de parcurgerea în timp a mai multor etape distincte prin care se urmăreşte asigurarea condiţiilor optime pentru o nouă formă de organizare a şcolii şi a curriculumului aplicat în şcoala respectivă. Iată, în sinteză, cele mai importante etape ale acestui amplu demers reformator al sistemului actual de învăţământ din ţara noastră :

• *Sensibilizarea* – este prima etapă şi urmăreşte pregătirea mediului şcolar (începând de la conducerea şcolii, continuând cu colectivul de cadre didactice, elevii, personalul administrativ al şcolii, părinţii copiilor). În această etapă, prin acţiuni de informare pe toate căile, se încearcă identificarea şi valorificarea potenţialului uman existent în şcoală (în primul rând, cadrele didactice) care să dorească şi să aibă competenţa necesară în lucrul cu clasele şi cu elevii incluşi într-un program de integrare. Această etapă are un caracter mai special deoarece este primul pas în încercarea de a modifica/ameliora o serie de reprezentări/stereotipuri cognitive cu privire la educarea şi socializarea copiilor cu diferite tipuri de deficienţe ; de multe ori, aceste reprezentări deformate sunt rezultatul unor dezinformări sau informări unilaterale cu privire la viaţa şi evoluţia elevilor cu cerinţe speciale.

• *Training-ul* – este pasul următor, în care persoanele din şcoală implicate în activităţi didactice şi care manifestă deschidere faţă de ideea integrării sunt incluse într-un program de *training* unde învaţă principii, metode şi tehnici adecvate activităţilor instructiv-educative cu elevii deficienţi şi/sau dificili şi, în acelaşi timp, modalităţile prin care aceste metode şi tehnici pot fi adaptate în timpul orelor la clasă pentru fiecare categorie sau tipuri de elevi în parte, astfel încât fiecare dintre ei să primească cunoştinţele în forme accesibile capacităţilor şi cerinţelor proprii de învăţare. Această etapă include şi o serie de activităţi cu caracter practic, pentru a evidenţia în condiţii reale de activitate dificultăţile speciale care apar într-un asemenea demers didactic, dar şi pentru identificarea căilor prin care conţinutul învăţământului poate fi restructurat şi adaptat, cu scopul de a-l

face accesibil tuturor elevilor clasei. În acest mod, cadrele didactice îşi dau seama că în condiţiile promovării integrării în învăţământul de masă nu mai au de-a face cu o clasă de elevi de tip „tradiţional", ci noua structură a clasei necesită o abordare diferită, în primul rând în ceea ce priveşte relaţionarea cu fiecare elev în parte, dar şi în privinţa menţinerii unei cooperări/comuniuni între elevii clasei. Astfel, profesorul, dintr-o persoană privită ca fiind o autoritate în transmiterea cunoştinţelor, devine în mod necesar o persoană cu rol de mediator în selecţia şi transmiterea cunoştinţelor.

• *Luarea deciziei* – reprezintă o etapă decisivă care, prin implicaţiile sale, va determina schimbări majore la nivelul vieţii sociale în ansamblu. Această etapă are o conotaţie managerială puternică şi implică reorganizarea structurilor funcţionale ale şcolii şi revizuirea atitudinii tuturor angajaţilor şcolii faţă de actul educaţional în noile condiţii impuse de procesul integrării.

• *Tranziţia* – este etapa cea mai dificilă, în care transformările manageriale din şcoală solicită din partea cadrelor didactice, în special, adoptarea noilor modalităţi de lucru în plan didactic şi renunţarea la unele stereotipuri care vin în contradicţie cu noul mod de abordare a educaţiei în condiţiile integrării. Cel mai dificil moment, pentru unii profesori, va fi atunci când vor fi nevoiţi să-şi reorganizeze seturile de status-rol în concordanţă cu noile poziţii oferite de relaţia profesor – elev privită din perspectiva integrării/incluziunii. Tranziţia spre noul mod de lucru necesită schimbări şi în organizarea şcolii privind structura claselor, dotările necesare în clasă şi în şcoală, alcătuirea unui curriculum flexibil şi accesibil fiecărui elev în parte, stabilirea unor modalităţi noi de relaţionare şi colaborare cu părinţii copiilor etc.

• *Evaluarea procesului* – este o etapă fundamentală care asigură reuşita integrării. Ea trebuie să se facă periodic prin implicarea tuturor părţilor: profesori, elevi, părinţi şi, uneori, o serie de experţi (cadre didactice universitare, cercetători în domeniu). Evaluarea ajută în primul rând adaptarea permanentă la nevoile reale ale elevilor a tuturor proceselor care se desfăşoară în şcoală pe linia integrării/incluziunii şi, în acelaşi timp, permite menţinerea unei transparenţe şi a unei flexibilităţi absolut necesare în privinţa organizării şi conducerii şcolii.

Pentru parcurgerea ultimelor trei etape este absolut necesară existenţa unui grad de autonomie şcolară pe linia organizării şi a elaborării strategiilor curriculare în concordanţă cu realităţile şcolii, respectând unele direcţii de ansamblu stabilite de instituţiile superioare de decizie şi impuse de idealul educaţional şi de tipul de educaţie promovat de societate la un moment dat.

În opinia mai multor autori (Barton şi Oliver, 1992; Biklen, 1992; Fulcher, 1989), promovarea educaţiei integrate în şcolile de masă trebuie să aibă la bază următoarele principii-cadru:

1. Toţi elevii au dreptul să participe la toate activităţile incluse în programa şcolilor de masă.
2. În timpul programului şcolar, personalul didactic şi de specialitate se va implica direct în susţinerea pe toate căile a integrării maximale a elevilor cu cerinţe educative speciale.

3. Şcoala va trebui, printr-o serie de măsuri radicale în domeniul curriculumului, să vină în întâmpinarea tuturor cerinţelor educaţionale ale elevilor, fără a leza demnitatea şi personalitatea acestora.
4. În condiţiile educaţiei integrate, clasele/grupele de elevi vor include copii apropiaţi ca vârstă şi nivel de experienţă socioculturală.

Aplicarea acestor principii în practica şcolii pentru diversitate presupune, din partea personalului didactic şi de specialitate, o serie de calităţi cum ar fi:

- să aibă responsabilitatea recunoaşterii nivelului de competenţă profesională şi dorinţa de perfecţionare a capacităţilor de lucru în condiţiile educaţiei integrate;
- să manifeste atitudine critică şi constructivă prin propuneri concrete şi realiste în sprijinul integrării copiilor cu cerinţe educative speciale în clasele unde îşi desfăşoară activitatea;
- să dovedească implicare totală în procesul didactic, astfel încât să satisfacă într-o măsură cât mai mare cerinţele educaţionale ale elevilor din clasă;
- să trateze elevii cu demnitate şi respect şi să aibă consideraţie faţă de situaţia particulară în care se află copiii cu cerinţe educative speciale;
- să aibă convingerea că educaţia integrată presupune cu necesitate activitatea în echipe de specialişti (profesori, educatori, profesori de sprijin, consilieri şcolari, asistenţi sociali, psihopedagogi specializaţi în activităţi cu diferite categorii de copii cu cerinţe speciale etc.).

Şcoala incluzivă se centrează, mai ales, pe cunoaşterea modului de învăţare a strategiilor necesare rezolvării problemelor de viaţă cotidiană, într-o manieră cooperantă şi solidară, unde procesul de predare şi învăţare este simultan, unde fiecare elev „învaţă cum se învaţă", unii de la alţii, fără competiţie şi ierarhii arbitrare, în spiritul respectului şi acceptării celor din jur. Toate acestea vor permite copiilor şi tinerilor să trăiască diferenţele dintre persoane ca pe ceva natural, mediind dezvoltarea atitudinilor de solidaritate şi de apărare a drepturilor umane în cadrul aceluiaşi grup social (clasă, şcoală, comunitate etc.). Astfel, prin aceste strategii bazate pe cooperare, profesorul poate favoriza unele procese de interacţiune socială în clasele eterogene ale şcolii incluzive, diferenţele dintre elevi putând fi percepute de către profesori, colegi şi părinţi ca fiind normale, şi nu neobişnuite.

11.3. Modele şi forme de realizare a educaţiei integrate

Pe plan internaţional se observă diferenţe nete în ceea ce priveşte proporţia copiilor cuprinşi în structuri integrate sau în instituţii de educaţie specială; explicaţia acestor diferenţe poate fi dată de unele deosebiri în tradiţia şi experienţa privind politica educaţională/şcolară din ţările respective, deosebirile existente la nivelul curriculumului şcolar, varietatea formelor de evaluare a progresului şcolar practicate în sistemele de învăţământ respective, modalităţile de interpretare a noţiunii de *cerinţe educative speciale* sau flexibilitatea sistemelor privind transferul elevilor dintr-o clasă în alta etc.

O analiză atentă asupra posibilităţilor de aplicare a strategiilor de integrare şcolară a copiilor cu cerinţe educative speciale, pe plan mondial, a permis evidenţierea unor modele generale care pot fi sintetizate astfel:

• *Modelul cooperării şcolii obişnuite cu şcoala specială* – în acest caz, şcoala obişnuită coordonează procesul integrării şi stabileşte un parteneriat activ între cadrele didactice din cele două şcoli care vor experimenta şi susţine un nou mod de desfăşurare a activităţilor didactice, pregătind împreună conţinutul activităţilor şcolare, adaptând materialele şi mijloacele de învăţare folosite în timpul orelor şi oferind un cadru confortabil tuturor elevilor din clasă. Acest model are avantajul că permite valorificarea resurselor şi experienţelor deja existente în cele două tipuri de şcoli, fără a necesita cheltuieli suplimentare. De asemenea, profesorii din şcoala specială beneficiază de posibilităţi de predare mult mai largi, iar profesorii din şcoala obişnuită se pot informa asupra multiplelor aspecte legate de nevoile şi posibilităţile reale ale unui elev cu cerinţe educative speciale. La prima vedere, acest model ar putea fi considerat ca fiind irealizabil, mai ales în condiţiile ţării noastre, unde, în reprezentarea opiniei publice, profesorii din învăţământul special sunt consideraţi, cel puţin din punctul de vedere al statutului, ca fiind inferiori celor din învăţământul de masă, iar unii profesori din şcolile obişnuite, adepţi ai modelului şcolii elitiste, nu au puterea, curajul sau buna-credinţă de a recunoaşte că şi o parte dintre copiii cu deficienţe pot fi la fel de buni ca semenii lor, consideraţi normali, având, totodată, dreptul la şanse egale în educaţie şi în pregătirea profesională. Pentru rezolvarea acestei probleme, există alternativa înfiinţării unor centre de zi sau centre de recuperare pentru copiii deficienţi (prin reorganizarea şcolilor speciale actuale) care să includă un număr mic de copii şi în care programul de activitate să fie destinat activităţilor recuperatorii, compensatorii şi de consolidare a cunoştinţelor primite la şcoală, iar regimul de viaţă să fie unul cât mai aproape de normalitate.

• *Modelul bazat pe organizarea unei clase speciale în şcoala obişnuită* – acest model presupune integrarea copiilor deficienţi în şcoli de masă unde să intre în relaţie cu elevii normali, facilitându-se, cu sprijinul cadrelor didactice şi specialiştilor din şcoală, o mai bună intercunoaştere şi relaţionare între cele două categorii de copii. Modelul este criticat de unii specialişti care nu consideră o integrare reală constituirea unei clase speciale într-o şcoală obişnuită, practica demonstrând dificultatea aplicării unui program de integrare după acest model ; discrepanţa dintre clasele obişnuite şi clasa specială se accentuează, timpul efectiv în care elevii normali şi cei cu cerinţe speciale relaţionează direct este destul de redus (în cele mai multe cazuri acest timp se reduce la durata pauzelor dintre activităţile şcolare), iar în condiţiile unui colectiv şcolar de acest tip se constituie cu uşurinţă grupuri de elevi între care apar conflicte sau atitudini ce pot accentua discriminarea faţă de elevii deficienţi din clasa specială (adică efectul opus integrării).

• *Modelul bazat pe amenajarea în şcoala obişnuită a unui spaţiu sau a unei săli de instruire şi resurse pentru copiii deficienţi, integraţi individual în clase obişnuite din şcoala respectivă* – în acest caz, profesorul care se ocupă cu elevii deficienţi este şi profesorul de sprijin care desfăşoară activităţi cu aceşti copii, atât în spaţiul special amenajat în şcoală, cât şi la orele de clasă, atunci când condiţiile solicită/permit acest lucru, colaborând direct cu educatorii din clasele unde sunt integraţi copiii.

• *Modelul itinerant* – acest model favorizează integrarea într-o şcoală de masă a unui număr mic de copii cu cerinţe speciale, domiciliaţi la mică distanţă de şcoală (se evită

astfel dezavantajul deplasărilor pe distanţe mari ale copilului) şi sprijiniţi de un profesor itinerant (specializat în munca la domiciliul copiilor cu un anumit tip de deficienţă); ei pot astfel participa la activităţile şcolii respective.

• *Modelul comun* – este relativ asemănător cu modelul precedent, cu deosebirea că în acest caz profesorul itinerant este responsabil de toţi copiii cu deficienţe dintr-un anumit areal şi oferă servicii de sprijinire a copilului şi familiei, ajută părinţii la alcătuirea programelor de învăţare, urmăreşte evoluţia şcolară a copilului, colaborează cu profesorii şcolii obişnuite în care este integrat copilul şi intervine atunci când apar probleme de învăţare sau de adaptare a copiilor la anumite cerinţe şcolare.

Un criteriu fundamental de diferenţiere a formelor de integrare se referă la durata prezenţei copilului cu cerinţe speciale în şcoala obişnuită. Astfel, putem întâlni:

a) *forme de integrare totală* – elevul cu cerinţe speciale îşi petrece tot timpul la şcoala obişnuită, cu excepţia eventualelor programe terapeutice care se pot desfăşura în spaţiul aceleiaşi şcoli (amenajarea în şcoala obişnuită a unui spaţiu pentru copiii cu dizabilităţi unde să se desfăşoare şi activităţile terapeutice) sau în afara şcolii (centre de pedagogie curativă, servicii de recuperare, cabinete specializate etc.);
b) *forme de integrare parţială* – elevul cu cerinţe speciale petrece doar o parte din timpul său în şcoala obişnuită (participă doar la anumite tipuri de activităţi în şcoala obişnuită sau la anumite discipline unde poate face faţă, iar restul programului şcolar este asemănător cu programul unei şcoli speciale şi se desfăşoară fie într-o unitate şcolară specializată, fie într-un centru de zi sau centru de reabilitare).

Privind lucrurile din altă perspectivă, în baza aceluiaşi criteriu, putem identifica următoarele forme de integrare:

- *integrare totală*;
- *integrare parţială* – participarea copiilor cu cerinţe speciale doar la anumite activităţi; activităţile respective sunt selectate în funcţie de: potenţialul elevilor integraţi şi tipul deficienţei, resursele şi disponibilitatea şcolii, interesele elevilor, solicitările părinţilor etc.;
- *integrare ocazională* – participarea în comun a elevilor cu dizabilităţi alături de colegii lor din şcoala obişnuită la diferite activităţi şcolare şi extraşcolare (excursii, serbări, întreceri sportive, spectacole etc.).

O analiză comparativă privind diferitele experienţe de realizare a educaţiei integrate în alte ţări evidenţiază unele aspecte comune:

a) în majoritatea cazurilor, integrarea copiilor cu cerinţe educative speciale în şcoli de masă s-a realizat prin intermediul unor proiecte/programe derulate în parteneriatul şcoală-comunitate (copiii cu cerinţe speciale aparţin unei comunităţi, fac parte dintr-o familie, sunt acceptaţi de comunitate care, prin instituţiile sale publice şi civile, apără dreptul şi accesul egal al acestora la serviciile comunitare);
b) fiecare proiect sau program de integrare derulat nu şi-a propus să integreze în acelaşi timp toţi copiii cu cerinţe speciale dintr-o comunitate; strategia adoptată a avut în vedere integrarea unui număr limitat de copii în cadrul fiecărui proiect în parte, pentru a evita unele disfuncţii în sistemul de învăţământ (imposibilitatea desfăşurării

normale a activităţilor la clasă, lipsa interesului sau refuzul cadrelor didactice de a lucra în condiţiile cerute de principiile educaţiei integrate etc.) sau dificultăţi de monitorizare atentă a procesului de integrare ; în plus, apar şi avantaje de ordin economic, fiind mult mai uşor să identifici resursele umane, materiale şi financiare necesare integrării unui număr mic de copii, comparativ cu un program de mare amploare (comunitar, regional sau naţional), dificil de gestionat sub aspectul resurselor, eficienţei şi impactului asupra membrilor comunităţii (există riscul de a compromite ideea educaţiei integrate atunci când nu avem nici condiţiile şi nici resursele necesare la nivelul şcolii şi al comunităţii pentru realizarea efectivă a integrării) ;

c) societatea civilă, prin structurile sale (în special organizaţii neguvernamentale, asociaţii ale părinţilor, organizaţii ale unor biserici sau culte etc.), îşi asumă responsabilităţi ferme şi iniţiază în parteneriat cu alte instituţii comunitare proiecte de susţinere a copiilor cu dizabilităţi şi de integrare a lor în şcoli de masă sau în activităţi comunitare.

Procesul integrării educaţionale a copiilor cu cerinţe speciale în educaţie presupune elaborarea şi aplicarea unui plan de intervenţie individualizat, centrat pe folosirea unor modalităţi eficiente de adaptare a curriculumului şi pe diversificarea ofertelor de învăţare în cadrul lecţiilor. În acest scop, principalele strategii care ar putea fi folosite pentru proiectarea unui curriculum din învăţământul integrat se referă la :

- „selectarea unor conţinuturi din curriculumul general adresat copiilor normali, care pot fi înţelese şi însuşite de copii cu deficienţe şi renunţarea la alte conţinuturi cu un grad ridicat de complexitate ;
- accesibilizarea întregului conţinut printr-un proces de simplificare, astfel încât să fie înţeles şi însuşit de elevii cu cerinţe speciale ;
- diversificarea componentelor curriculumului general prin introducerea elevilor cu cerinţe educative speciale într-o varietate de activităţi individuale, compensatorii, terapeutice, destinate recuperării acestora şi asigurarea participării lor în mod eficient la activităţile desfăşurate în învăţământul obişnuit" (Ainscow, 1994, pp. 98-99).

Un alt element fundamental de care trebuie să se ţină seama la proiectarea curriculumului destinat elevilor cu cerinţe speciale îl constituie tipul şi gradul deficienţei ; experienţa practică a demonstrat că, pentru elevii cu deficienţe severe sau cu deficienţe grave asociate, este mai indicată şcolarizarea în instituţii speciale, după un curriculum propriu, beneficiind de strategii didactice adaptate nivelului lor de receptare şi înţelegere a conţinuturilor. În cazul acestor copii, procesul integrării sociale va fi sprijinit cu precădere prin valorificarea altor resurse existente la nivelul comunităţii (centre de zi, asociaţii sau grupuri de părinţi, organizaţii umanitare sau de sprijinire a persoanelor aflate în dificultate etc.), şi mai puţin prin integrarea lor în programul şcolilor obişnuite.

În cazul elevilor cu deficienţe senzoriale sau fizice, consideraţi ca fiind normal dezvoltaţi din punctul de vedere al potenţialului intelectual, adaptarea curriculară se realizează prin extensiune, adică în curriculumul comun tuturor categoriilor de elevi sunt introduse, după cum specificam ceva mai sus, o serie de activităţi suplimentare specifice de demutizare, de însuşire a unor limbaje specifice (precum dactilemele, alfabetul Braille, limbajul semnelor etc.) şi de comunicare, dar şi activităţi de orientare spaţială, de

socializare şi integrare în comunitate. Educaţia astfel concepută nu se rezumă doar la o plasare, pur şi simplu, a deficienţilor în colectivităţi obişnuite de copii. Sunt necesare cel puţin două condiţii pentru a asigura succesul acţiunii :

- o pregătire specială prealabilă integrării, care să favorizeze achiziţia operaţiilor elementare, condiţie pentru însuşirea elementelor fundamentale ale programei comune ;
- o asistenţă psihopedagogică şi medicală de specialitate, pe toată durata şcolarizării în unităţile obişnuite de învăţământ, pentru preîntâmpinarea fenomenelor de inadaptare şcolară.

Aceste cerinţe reclamă existenţa unei reţele instituţionalizate de asistenţă şi servicii pentru categoriile de elevi cu cerinţe speciale. În unele ţări cu tradiţie în acest sens se întâlnesc instituţii de readaptare cu profil special, psihopedagogic şi medical : centre de reeducare, centre de recuperare, clinici de observare şi reabilitare.

În condiţiile elaborării unui program de intervenţie individualizat (a unui curriculum individualizat) este necesară respectarea unor cerinţe fundamentale referitoare la :

a) evaluarea şi/sau reevaluarea copilului din punct de vedere medical, psihologic, pedagogic şi social în scopul obţinerii unor informaţii relevante pentru stabilirea unui diagnostic diferenţial, nuanţat şi valid, în măsură să argumenteze şi să garanteze pronunţarea unui prognostic asupra evoluţiei imediate şi pe termen lung a copilului deficient ; acest proces deosebit de complex şi cu urmări importante pentru integrarea şcolară a copilului cu cerinţe speciale se face în echipă de specialişti, periodic, la comisiile de expertiză complexă a copilului, precum şi continuu, în cadrul activităţilor zilnice, şcolare şi extraşcolare, destinate recuperării şi educării copilului deficient ;
b) stabilirea obiectivelor programului, pe termen scurt, mediu şi lung, diferenţiat pe domeniile implicate în procesul recuperării şi educării (psihologic, pedagogic şi social) şi într-o formulă operaţionalizată care să faciliteze o evaluare corectă ;
c) elaborarea activităţilor şi stabilirea metodelor, mijloacelor şi procedeelor specifice procesului de recuperare şi educare a copilului deficient, în funcţie de nivelul de dezvoltare al acestuia şi de particularităţile personalităţii sale ;
d) alcătuirea echipelor interdisciplinare şi/sau a instituţiilor care pot oferi servicii terapeutice, educaţionale şi de asistenţă, care să răspundă tuturor nevoilor fiecărui copil aflat în dificultate şi să favorizeze la maximum integrarea sa în mediul social şi comunitar din care face parte ;
e) stabilirea unor căi eficiente de cooperare şi implicare a familiei copilului deficient în susţinerea programului individual de recuperare, pornind de la premisa că o mare parte din timpul copilului se consumă în relaţia sa cu membrii familiei din care provine.

Reuşita, succesul programelor de intervenţie individualizate depinde, în mod esenţial, de vârsta copilului ; cu cât programul este aplicat la vârste mici şi foarte mici, când copilul receptează mai uşor influenţele externe, cu atât şansele de reuşită sunt mai mari, iar urmările provocate de natura deficienţelor vor scădea simţitor, fiind posibilă chiar dispariţia unor efecte traumatizante pentru echilibrul psihic al copilului.

Decizia asupra integrării unui copil cu cerinţe educative speciale în învăţământul de masă se ia pentru fiecare caz în parte în urma unei expertize complexe asupra copilului, a consultării factorilor direct implicaţi în acest proces şi a evaluării situaţiilor de risc.

Integrarea nu poate fi un proces impus de anumite interese personale (ale părinţilor, ale reprezentanţilor unor instituţii etc.), de sentimente sau atitudini umanitare sau de politici educaţionale şi sociale cu caracter propagandistic ; educaţia integrată este un act responsabil, asumat de personalul şcolii, de comunitate, de familie şi nu trebuie perceput ca un proces de „subminare" a şcolilor obişnuite, ci ca un proces de normalizare a vieţii persoanelor aflate în dificultate (ajunse în această stare ca urmare a unor evenimente independente de voinţa lor) şi ca o măsură de conştientizare a rolului de instituţie publică al şcolii, în care toţi au dreptul să aibă acces în calitate de cetăţeni cu drepturi egale ai comunităţii. Chiar şi în aceste condiţii, partizanii învăţământului elitist care nu agreează învăţământul integrat au libertatea promovării ideilor şi practicilor lor deoarece învăţământul deschis tuturor categoriilor de elevi nu afectează interesele şi convingerile lor. Învăţământul elitist nu poate fi asimilat cu învăţământul de masă ; nu toţi elevii au potenţialul intelectual şi disponibilitatea de a desfăşura activităţi de învăţare într-un ritm rapid şi nici capacitatea de a procesa o cantitate mare de informaţii (mulţi elevi adoptă atitudini de respingere sau evitare a sarcinilor şcolare care depăşesc posibilităţile lor de învăţare). Elevii cu un potenţial intelectual şi aptitudinal peste medie sunt, la rândul lor, elevi cu cerinţe educative speciale care au nevoie de un program individualizat. Prin urmare, şcoala ca instituţie publică de formare şi socializare a personalităţii umane trebuie să răspundă tuturor cerinţelor fiecărui elev în parte, în funcţie de posibilităţile şi interesele sale, fără a îngrădi dreptul de acces, în mod egal, al tuturor persoanelor la oferta şcolii. Asumarea deciziei de şcolarizare a copilului într-o formă de învăţământ sau alta (specială sau obişnuită) aparţine (de la caz la caz) în primul rând familiei, copilului şi specialiştilor care evaluează şi atribuie un anumit diagnostic copilului. Personalul din şcolile publice oferă servicii educaţionale care trebuie să răspundă cerinţelor populaţiei şcolare. Pentru a avea succes şi pentru a-şi atinge scopul şi obiectivele în raport cu cerinţele vieţii sociale, şcoala trebuie să ofere o paletă cât mai largă de servicii educaţionale care să devină atractive şi să satisfacă cerinţele elevilor ; în această ofertă se înscrie şi educaţia integrată sub toate formele şi modalităţile sale de realizare.

Aplicarea educaţiei integrate nu exclude conceptul de *educaţie specială* ; de fapt, educaţia integrată este tot o formă de educaţie specială care se desfăşoară în alte condiţii decât cele existente în şcolile speciale. În schimb, educaţia integrată încearcă să înlăture percepţia asupra şcolilor speciale ca unităţi şcolare segregaţioniste şi cu o ofertă educaţională care condiţionează adesea ireversibil evoluţia şcolară, profesională şi socială a elevului deficient, şcolarizat în aceste unităţi.

La finalul acestui capitol considerăm utilă prezentarea unui set de recomandări în sprijinul cadrelor didactice, specialiştilor în domeniul psihopedagogiei speciale şi celor care, la nivelul ministerului, inspectoratelor şcolare, comisiilor de expertiză sau conducerii instituţiilor şcolare, îşi asumă responsabilitatea unor decizii cu privire la modernizarea şi ameliorarea procesului instructiv-educativ din şcolile incluzive/integratoare. Astfel, integrarea şcolară efectivă a elevilor cu cerinţe speciale presupune cu necesitate :

- un management al clasei care să faciliteze forme moderne şi flexibile de instruire şi de lucru pe grupe de elevi ;
- un curriculum individualizat pentru elevii cu cerinţe speciale (planuri de învăţământ individualizate, metode şi mijloace de învăţământ adecvate, conţinuturi accesibile, flexibilitate în proiectarea didactică) ;

- adaptarea conţinuturilor prevăzute de programa şcolară în concordanţă cu cerinţele educaţionale individuale ale elevilor ;
- forme de evaluare care monitorizează progresul individual şi facilitează planificarea optimă a activităţii şcolare pentru elevi ;
- atitudine pozitivă a cadrelor didactice faţă de elevii integraţi şi înţelegerea cerinţelor educaţionale specifice acestor copii.

Generalizarea educaţiei integrate în şcolile obişnuite trebuie să fie precedată de aplicarea unor proiecte-pilot în şcolile respective pentru a evalua potenţialul de acceptare a acestei practici de către personalul şcolii, familiile elevilor din şcoală şi resursele existente la nivelul şcolii şi comunităţii respective. În plus, proiectele-pilot de integrare a unor copii cu cerinţe speciale trebuie monitorizate permanent de persoane specializate în domeniul psihopedagogiei speciale care pot interveni atât în sprijinul elevilor şi părinţilor, cât şi în sprijinul cadrelor didactice şi al conducerii şcolii respective.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Care sunt principalele argumente în favoarea integrării copiilor cu cerinţe speciale în programul şcolilor de masă ?
- Cum vedeţi dumneavoastră aplicarea în procesul educaţional curent a sintagmei *educaţia pentru toţi* ?
- Efectuaţi o analiză, cu exemple din activitatea educaţională, privind tipurile de integrare cunoscute în literatura de specialitate.
- Prezentaţi în sinteză un program managerial de introducere a educaţiei integrate într-o şcoală obişnuită (tipul de şcoală şi categoria de elevi integraţi sunt la alegerea dumneavoastră).
- Care sunt principalele modele cunoscute în practica integrării copiilor cu cerinţe speciale ? Prezentaţi un punct de vedere personal cu privire la modelele respective.
- Prezentaţi câteva aspecte specifice privind modalitatea de abordare a deciziei de integrare şcolară a copiilor cu dizabilităţi.

CAPITOLUL 12

Copilul/adultul cu cerinţe speciale, familia şi integrarea profesională

12.1. Copilul cu cerinţe speciale şi familia

Familia a avut şi are un rol important în viaţa copilului, o importanţă fundamentală fiind acordată relaţiei mamă – copil. În viaţa fiecărui copil, familia reprezintă primul mediu de socializare caracterizat prin securitate afectivă, susţinere, sprijin, cooperare, viaţă comună, aspiraţii şi interese comune. În literatura de specialitate sunt analizate şi clarificate o serie de concepte sociopsihopedagogice considerate de referinţă în înţelegerea dinamicii şi evoluţiei familiei : solidaritatea între generaţii, armonia intrafamilială, comunicarea între membrii familiei, negocierea în cadrul familiei, identificarea şi autonomizarea persoanei, responsabilitatea coeziunii familiale, calitatea raporturilor şi relaţiilor parentale, formarea/educarea parentală etc.

Principalele caracteristici ale familiei care influenţează în mod fundamental dezvoltarea socială a copilului sunt :

- legătura biologică de bază a persoanei care îi conferă identitate şi îl susţine în dezvoltarea intelectuală, afectivă şi morală ;
- primul grup social în care copilul exersează comportamente sociale şi se descoperă pe sine ;
- asigură climatul de securitate afectivă necesar dezvoltării armonioase şi echilibrate a personalităţii ;
- cadrul optim de dezvoltare a individualităţii şi de valorizare a potenţialului copilului.

Uneori, despărţirea copilului de familie poate duce la ruperea relaţiei părinte – copil, cu efecte ireversibile în dezvoltarea psihică a acestuia. În plus, în viaţa oricărui individ, există anumite perioade mai delicate, cum ar fi : mica copilărie, pubertatea, adolescenţa, în care copiii au cea mai mare nevoie de suportul părinţilor.

Percepţia socială a copiilor cu deficienţe nu este întotdeauna constantă şi foarte favorabilă, ea variază de la o societate la alta, furnizând semnificaţii diferite, în funcţie de cultura şi de valorile promovate în respectiva societate. În acest context, cu atât mai mult, copilul diferit de ceilalţi se adaptează destul de greu la relaţiile interpersonale, şi de aceea părinţii trebuie să intervină şi să joace rolul de tampon, de mediator între copil şi persoanele străine. Din nefericire, uneori părinţii pot dramatiza excesiv reacţiile inadecvate venite din partea unei persoane străine, identificând la aceasta o falsă rea

intenţie într-un gest oricât de neutru. În alte situaţii, ei neagă tot ceea ce copilul observă în jurul său legat de propria-i deficienţă, insistă pe răutatea şi ipocrizia persoanelor din anturaj, cultivând la copil convingerea că lumea în care trăieşte este rea. Pe de altă parte, unii părinţi refuză să ţină cont de dificultăţile sociale determinate de deficienţă, în acest fel împiedicându-i pe copii să înţeleagă şi să accepte toate aspectele legate de propria deficienţă.

Datorită acestui rol suplimentar de mediator, reacţiile părinţilor în faţa unui copil cu deficienţă capătă o importanţă majoră ; astfel, părinţii pot reacţiona prin supraprotecţie, acceptare, negare sau respingere. Pornind de la aceste tipuri de reacţii, în literatura de specialitate întâlnim mai multe categorii de părinţi (Albu şi Albu, 2000) :

- părinţi echilibraţi ;
- părinţi indiferenţi ;
- părinţi exageraţi ;
- părinţi autoritari/rigizi ;
- părinţi inconsecvenţi.

Părinţii echilibraţi au o atitudine matură, plină de realism în tratarea situaţiei, ajung rapid în stadiul de acceptare şi îşi organizează viaţa în aşa fel încât să acorde atenţie copilului cu cerinţe speciale. Părinţii echilibraţi sunt calmi, cooperanţi, stabili emoţional, îşi manifestă frecvent dragostea, au o atitudine de deschidere faţă de cei din jurul lor, le acordă atenţie, tandreţe, ataşament, îşi încurajează copiii fără a abuza de un ton critic, de pedepse sau ameninţări. În funcţie de diagnostic şi de prognosticul specialiştilor, vor găsi resursele necesare pentru a acţiona, mai ales că ei ştiu *ce* este necesar, *când* şi *cum* trebuie oferit, *ce*, *cum* şi *cât de mult* i se poate cere copilului aflat într-o situaţie mai specială, datorată deficienţei de care suferă. Aceşti părinţi joacă un rol important în medierea relaţiei dintre copil şi mediul exterior, menţinând un climat de încredere şi de egalitate în sânul familiei şi în societate. În cadrul unei familii echilibrate, copilul cu deficienţe are drepturi şi obligaţii în egală măsură, în fratrie are relaţii de reciprocitate şi de egalitate cu fraţii şi cu surorile sale, se regăseşte pe acelaşi plan afectiv cu aceştia ; prin urmare, dacă se simte egal în familie, el va ajunge să se simtă egal şi în societate. Practic, familia joacă rolul unui „laborator" în care copilului cu deficienţe i se oferă oportunitatea de a-şi găsi locul, de a experimenta situaţii de viaţă autonomă şi de a se obişnui cu situaţia în care se află. În acest context, copilul se dezvoltă în armonie cu cei din anturajul său şi are şanse foarte mari să se integreze în activităţile sociale.

Părinţii indiferenţi reacţionează prin lipsă de interes şi nepăsare, lipsă de afecţiune şi chiar respingerea copilului. Frecvent, aceşti părinţi sunt reci, ostili, îşi ceartă copilul, îl pedepsesc sau îl ignoră. În aceste familii au loc frecvente conflicte, iar copilul este antrenat în disputele dintre părinţi. În situaţii de eşec al copilului, părinţii reacţionează prin reproşuri şi chiar pedepse repetate, care duc la apariţia sentimentului de neputinţă, incapacitate şi inutilitate a efortului, alimentând sentimentul de inferioritate care va determina şi alte eşecuri, instalându-se un cerc vicios în care principala victimă este copilul deficient.

Părinţii exageraţi prezintă drept caracteristică de bază supraprotecţia ; acest comportament ajunge să împiedice copilul să-şi dezvolte propriul control, autonomia, independenţa personală, iniţiativa şi respectul de sine, fiind o sursă de dependenţă. Frecvent, părinţii respectivi, simţindu-se vinovaţi, devin exagerat de atenţi, transformând copilul

într-un individ dependent şi solicitant pentru familie. Uneori, această permanentă solicitare va genera reacţii de nemulţumire şi ostilitate din partea părinţilor, reacţii care-l vor face pe copil să devină nesigur. Pe acest fond, atunci când va fi confruntat cu greutăţile vieţii, el nu va fi capabil să le facă faţă, deoarece nu şi-a format abilităţile necesare cu ajutorul cărora să acţioneze şi să se apere.

Părinţii autoritari au în general o voinţă puternică şi manifestă tot o formă de hiperprotecţie, controlându-şi copiii într-o manieră dictatorială. Aceşti părinţi stabilesc reguli care trebuie respectate fără prea multe explicaţii, iar copilul este transformat într-o marionetă, dirijat permanent, fără să poată să-şi asume responsabilităţi şi iniţiative şi fără să-şi dezvolte capacitatea de decizie şi acţiune, necesare în procesul de integrare socială. Uneori, autoritatea poate evidenţia şi atenţia acordată copilului, şi grija pentru o îndrumare corespunzătoare.

Părinţii inconsecvenţi sunt cel mai adesea părinţi instabili, nesiguri şi incapabili de a opta ferm pentru o anumită atitudine în raport cu proprii copii. În alte situaţii, copilul este „pasat" la diferiţi membri ai familiei, fiind supus unor experienţe educative diferite, adesea contradictorii. Astfel, crescuţi într-un mediu inconstant, lipsit de confortul afectiv stabil, copiii devin nesiguri şi uşor de influenţat, fără a-şi pune în valoare propria personalitate.

Relaţiile interpersonale dintre membrii unei familii pot fi :

- relaţii de înţelegere, dragoste, sprijin, implicare reciprocă şi educare ;
- relaţii de răsfăţ şi îndeplinirea tuturor dorinţelor ;
- relaţii de dominare/dependenţă ; pe de o parte, dominare, dirijare, control, inhibarea iniţiativelor, iar pe de altă parte, supunere, acceptare, incapacitate de ripostă ;
- relaţii ostile şi tensionate – pe de o parte, critică, insulte, sancţiuni ; pe de altă parte, ripostă şi manifestări de violenţă, rezultând o continuă stare de tensiune ;
- relaţii ambivalente, conflicte şi împăcări succesive sau inconsecvenţă şi lipsă de logică a sancţiunilor şi recompenselor ;
- relaţii de respingere, excludere ;
- relaţii de indiferenţă şi neglijare (Lăzărescu, 1994).

Aceste relaţii pot fi întâlnite între toţi membrii familiei, atât timp cât între aceştia există o legătură reciprocă ce funcţionează efectiv.

Familia este mediul normal în care personalitatea unui copil, cu sau fără deficienţe, se dezvoltă armonios sub toate aspectele. În momentul în care în familie se naşte un copil cu deficienţă, majoritatea părinţilor se simt vinovaţi. Prezenţa unui copil deficient într-o familie poate produce o modificare mai mult sau mai puţin profundă a relaţiilor din cadrul familiei, afectând atât echilibrul interior, cât şi echilibrul exterior care vizează relaţiile familiei cu societatea ; unii autori vorbesc chiar despre declanşarea unei „crize" familiale. Însănătoşirea climatului familial, asanarea lui, intervenţia terapeutică şi consilierea familiei reprezintă priorităţile intervenţiei în cazul unui copil cu deficienţe. Momentul în care familia este anunţată că are un copil deficient trebuie bine pregătit, trebuie să se ţină seama de structura psihologică a părinţilor, precum şi de nivelul sociocultural. Unii părinţi nu reuşesc să se împace cu acest gând, nu admit această realitate, o resping, se luptă cu ea, se înşală pe ei înşişi, se amăgesc, caută explicaţii, uneori forţează unele explicaţii.

În faţa sentimentului de culpabilitate, majoritatea acestora vor adopta cele cinci strategii de apărare despre care tocmai am vorbit : nevoia de reparaţie, supraprotecţia,

culpabilizarea celorlalţi, refuzul de a accepta deficienţa, nevoia de pedeapsă. Cel mai frecvent, părinţii reacţionează printr-o încercare de reparaţie a situaţiei date ; în faţa dificultăţilor copilului, încearcă să găsească soluţii cât mai bune, prin gesturi şi cuvinte caută să protejeze şi să liniştească copilul, dând dovadă de multă generozitate şi răbdare. O altă reacţie frecvent întâlnită la părinţi este cea de supraprotecţie ; în faţa problemelor cu care se confruntă copilul, se simt obligaţi să preia controlul total al existenţei copilului lor, afectând în mod semnificativ procesul de dezvoltare a autonomiei acestuia. În al treilea caz, părintele preferă să pozeze în victimă şi să dezvolte o atitudine de abandonare a responsabilităţii îngrijirii şi creşterii copilului deficient prin identificarea de vinovaţi în rândul persoanelor din jur sau în altă parte (partenerul de viaţă, rudele apropiate, sistemul social etc.). O altă soluţie folosită de părinţi pentru a se autoproteja este refuzul de a accepta deficienţa, refuz care poate lua două forme extreme : o formă pasivă în care trăiesc o stare de „anestezie" a sentimentelor faţă de copilul cu deficienţă (copilul devine un obiect, i se permite să locuiască împreună cu ei, dar nu au nici un fel de sentimente faţă de acesta) şi o formă activă în care părinţii vor să demonstreze că, de fapt, copilul lor este normal, tratat precum ceilalţi fraţi, având aceleaşi responsabilităţi, chiar dacă adesea nu reuşeşte să le facă faţă. Ultima strategie de apărare a părinţilor este reprezentată de nevoia de a fi pedepsiţi ; au impresia că au de plătit un tribut, că au o imensă datorie, că plătesc pentru o greşeală personală, consideră problemele copilului ca fiind un sacrificiu cerut de divinitate pentru a-şi dovedi credinţa. Copilul devine astfel un fel de pretext care permite întreţinerea şi permanentizarea unei situaţii ce ascunde o incapacitate afectivă a părinţilor (Ringler, 1988).

Studiind atitudinea adoptată de părinţi faţă de copilul deficient, unele cercetări demonstrează că ea depinde de mai mulţi factori :

- gradul deficienţei sau anomaliei pe care o prezintă copilul ;
- factorii afectivi, sociali şi culturali ai anturajului ce condiţionează modul în care părinţii trăiesc această realitate ;
- nivelul de aspiraţie familială ;
- măsura în care copilul satisface aşteptările părinţilor în sensul unei realizări sociale sau intelectuale.

Ameliorarea raporturilor părinte – copil se face relativ uşor atunci când părinţii ştiu să discrimineze comportamentele şi să reacţioneze într-un mod adecvat, respectiv când şi cum trebuie să răspundă cerinţelor copiilor lor. Învăţarea acestei conduite de către părinţi se dovedeşte a fi destul de dificilă, dar, cu ajutorul unor persoane specializate (terapeuţi, consilieri) şi în cadrul unui program de intervenţie şi suport, vor depăşi dificultăţile.

Spre exemplu, pentru stabilirea unui astfel de program, terapeutul/consilierul va stabili împreună cu părinţii un inventar de comportamente frecvent întâlnite în relaţiile pe care copilul deficient le stabileşte cu membrii familiei. Pentru fiecare comportament al copilului se stabileşte comportamentul de reacţie al părinţilor. Terapeutul/consilierul va explica pe larg părinţilor cum trebuie să procedeze şi de ce trebuie să procedeze aşa, şi nu altfel. Pentru început, un asemenea program nu trebuie să cuprindă decât puţine comportamente, în aşa fel încât părinţii să le poată urmări şi realiza. Pe măsură ce părinţii acumulează o oarecare experienţă, planul poate să includă un număr mai mare de comportamente. În alcătuirea programului se va acorda prioritate comportamentelor

grave şi periculoase întâlnite la copil. După elaborarea unui program, periodic, terapeutul/consilierul analizează şi discută modalităţile de rezolvare a dificultăţilor întâmpinate pe parcurs. În funcţie de nivelul sociocultural al părinţilor, precum şi de unele particularităţi comportamentale ale copilului deficient, se vor putea organiza, în perioada de intervenţie şi terapie, două sau trei programe, până când părinţii deprind un mod eficient de gestionare a situaţiei şi pot asigura condiţii optime de dezvoltare şi evoluţie a copilului în familie.

Unele studii şi cercetări recente au evidenţiat influenţa şi importanţa câtorva factori ai mediului sociofamilial în dezvoltarea copilului ; astfel, s-au făcut investigaţii cu privire la interacţiunile specifice ale copilului cu mama, relaţia dintre nivelul intelectual al mamei şi al copilului, impactul mediului familial asupra rezultatelor şcolare, influenţa limbajului mamei asupra dezvoltării psihointelectuale a copilului, rolul imaginii de sine asupra dezvoltării copilului în familie etc. Mai multe studii au demonstrat că nivelul intelectual al mamei reprezintă un predictor important şi sigur asupra dezvoltării inteligenţei copilului (Farran, Ramey şi Campbell, 1980) ; acest fapt este mai evident în cazul mamelor cu un IQ mai mic de 80 – cu cât coeficientul de inteligenţă al mamei este mai scăzut, cu atât este mai mare probabilitatea ca scorurile copilului la testele de inteligenţă să fie mai mici (altfel spus, mamele cu un nivel intelectual scăzut creează un mediu familial şi social mai puţin favorabil stimulării şi dezvoltării intelectuale şi afective a copilului).

Alte cercetări (Farran, Ramey şi Campbell, 1980) au pus în evidenţă rolul complexului de factori determinat de atitudini, comportamente şi interacţiuni existente între mamă şi copil în primele luni şi în primii ani de viaţă (scorurile obţinute de copii, cu vârste de până la 36 de luni, la itemii scalei Stanford-Binet au confirmat ipotezele referitoare la efectul calităţii interacţiunilor specifice existente între mamă şi nou-născut asupra dezvoltării optime a acestuia).

Studiile asupra relaţiei dintre mediul familial şi rezultatele şcolare ale copilului au evidenţiat efectul global al mediului familial asupra adaptării şcolare a copilului. S-au avut în vedere două niveluri de analiză : primul se referea la date descriptive asupra mediului familial (nivelul social şi cultural, anumite trăsături de personalitate ale părinţilor, nivelul intelectual al mamei, adaptarea socială şi familială, atitudini educative în familie), iar al doilea nivel se referea la practicile educative existente în familie. Alte cercetări au pus în evidenţă rolul activ al mamei în învăţarea de către copil a structurilor morfologice şi sintactice ale limbii, dezvoltarea gândirii şi limbajului, efectul calităţii mediului familial în dezvoltarea şi consolidarea imaginii de sine la copil, consecinţele în plan comportamental şi social (mai ales în şcoală) ale imaginii de sine a copilului.

12.2. Consilierea şi orientarea elevilor cu cerinţe educative speciale

Termenul *consiliere* s-a răspândit în literatura de specialitate din ţara noastră mai ales în anii '90, o dată cu redeschiderea orizontului spre ştiinţele socioumane şi încercarea de reconsiderare a ştiinţelor psihopedagogice în planul utilităţii lor sociale. Din această perspectivă, prin raportare la contextul actual al schimbărilor petrecute în sistemul românesc de învăţământ şi având în vedere unele confuzii care încă mai există în mediul nostru şcolar, am considerat utilă prezentarea unor aspecte privind delimitarea conceptuală,

aria şi/sau mediul de aplicabilitate al serviciilor de consiliere în şcoală, persoanele autorizate pentru activitatea de consiliere, beneficiarii acestor servicii etc.

Termenul a fost lansat de literatura anglo-saxonă – *counseling* – şi se referă în principal la o intervenţie individualizată şi personalizată adresată subiecţilor care se confruntă cu probleme personale/existenţiale, educaţionale sau profesionale. Consilierea, în înţelesul său clasic, se rezumă la o triplă perspectivă: psihologică, pedagogică şi socială, asupra unor activităţi cu valenţe etice pe care consilierul le întreprinde pentru a-l ajuta pe client să se angajeze în acel tip de comportament care să-l conducă la soluţionarea optimă a propriilor probleme. Altfel spus, acţiunea de consiliere este destinată să-l ajute pe client să înţeleagă şi să clarifice o serie de confuzii sau percepţii eronate asupra propriei vieţi, să înveţe să-şi atingă scopurile pe care singur le-a stabilit, să identifice soluţii la problemele sale existenţiale şi să fie capabil să ia decizii pe baza unor analize pertinente a resurselor şi posibilităţilor de care dispune clientul. Desigur, trebuie să avem în vedere şi particularităţile de vârstă şi de dezvoltare ale subiecţilor, deoarece, spre exemplu, consilierea se poate adresa şi elevilor de vârstă şcolară mică sau elevilor cu deficienţe. În acest caz, pentru a-şi atinge scopul, consilierea se răsfrânge şi asupra altor persoane care provin din mediul de viaţă al copilului: părinţi, bunici, educatori sau oricare altă persoană care poate contribui la rezolvarea cazului. Consilierea mai poate fi înţeleasă ca o relaţie profesională între un consilier specializat (licenţiat în ştiinţe psihopedagogice sau asistenţă socială) şi un client (înţelegând o persoană, un grup de persoane sau o comunitate).

Intervenţiile de consiliere cuprind toate acţiunile destinate să producă schimbări în existenţa persoanelor, activitatea grupurilor şi instituţiilor. Pentru exemplificare, prezentăm un model tridimensional util într-o varietate de situaţii în care este necesară intervenţia de consiliere; cele trei dimensiuni sunt:

a) *sarcina* – arată pe cine sau ce ţinteşte intervenţia de consiliere; din perspectiva sarcinii, intervenţiile pot fi orientate către persoane, familie, clasă, şcoală, cartier sau localitate, asociaţie sau instituţie;
b) *scopul intervenţiei* – poate consta în prevenţia sau remedierea insuccesului şcolar sau socioprofesional, stimularea dezvoltării personale şi ocupaţionale; totodată, se precizează de ce este necesară sau aşteptată intervenţia;
c) *metoda de intervenţie* – arată cum se produce intervenţia: prin serviciu direct, implicând contact şi comunicare între consilier şi consiliat sau angajare efectivă a consilierului în relaţii cu instituţia sau comunitatea; prin consultanţă şi pregătire, împreună cu alţi profesionişti sau neprofesionişti, prin media (internet, e-mail, exerciţii programate, cărţi, radio, TV etc.).

Din modelul prezentat se pot deduce funcţiile profesorului-consilier: consilier, consultant, coordonator, agent de orientare şi evaluator.

Consilierea individuală este considerată activitatea cea mai importantă în care consilierul furnizează o situaţie de învăţare, iar consiliatul este ajutat să-şi cunoască situaţia prezentă şi să anticipeze situaţii viitoare, când îşi va putea valorifica mult mai bine calităţile propriei personalităţi şi potenţialul de care dispune. Ea se adresează în special persoanelor care întâmpină dificultăţi în adoptarea unor decizii eficiente şi nu reuşesc să pună în relaţie cel mai potrivit rol pentru situaţia prezentă în care se află şi comportamentul efectiv al unui rol social dezirabil (şcolar, familial, profesional, cetăţenesc etc.).

Identificarea rolului dezirabil se face prin: clarificarea viziunii personale despre viaţă, informarea despre domeniile de interes, adoptarea deciziilor considerate utile, concordante cu propriile interese etc. Consilierul interacţionează cu elevii cu cerinţe speciale pentru a le oferi ajutor şi suport fără a lua decizii în locul lor. Această formă de interacţiune între consilier şi consiliat implică asumarea şi respectarea unor principii:

- respectarea dreptului persoanei consiliate de a decide singură în rezolvarea propriilor probleme şi în alegerile care îi vor influenţa viitorul;
- ajutarea consiliatului în procesul decizional;
- încurajarea clientului să evolueze pe coordonatele pe care şi le-a ales;
- explorarea atentă a situaţiei sau problemei, din perspectiva persoanei consiliate;
- negocierea obiectivelor relaţiei de consiliere şi acordul reciproc;
- furnizarea de informaţii relevante şi utile pentru clienţi/consiliaţi.

Consilierea persoanelor cu dizabilităţi sau a elevilor cu cerinţe educative speciale prezintă caracteristici specifice şi se desfăşoară în colaborare şi cu alţi specialişti (spre exemplu, medici, psihologi, psihopedagogi, asistenţi sociali), implicând şi familia. Consilierul obţine de la specialişti informaţii despre conduita consiliatului şi le pune la dispoziţia acestuia, cu evidenţierea aspectelor pozitive şi a posibilităţilor, oportunităţilor de integrare (şcolară, profesională, socială), de maximizare a potenţialului consiliatului pentru asumarea de roluri sociale posibile şi realiste, care oferă perspectiva unor performanţe bune.

Pentru a încuraja dezvoltarea personală a elevului cu cerinţe speciale în concordanţă cu dezvoltarea unei cariere profesionale dezirabile pe piaţa muncii, consilierul va acţiona în raport cu următoarele obiective:

a) să cunoască particularităţile psihointelectuale şi aptitudinale ale elevului cu nevoi speciale şi cerinţele personale în domeniul educaţiei;
b) să fie informat asupra ofertelor din partea şcolilor şi instituţiilor de educaţie obişnuită şi specială din zonă privind programele de recuperare, abilitare, reabilitare, învăţare şi profesionalizare pentru această categorie de elevi;
c) să evalueze resursele de care ar putea dispune elevul în perioada de formare şcolară şi profesională (sprijin financiar din familie, alocaţii şi ajutoare din partea statului sau a comunităţii locale etc.);
d) să deţină informaţii la zi privind situaţia pieţei muncii.

Când consiliatul este pregătit să intre pe piaţa muncii, consilierul îl învaţă să caute un loc de muncă şi îl pregăteşte pentru a şti cum să recepţioneze ofertele din partea potenţialilor angajatori, cum se completează aplicaţiile (*curriculum vitae*, scrisoare de intenţie, memoriu de activitate, fişe, alte formulare), care este conduita din timpul interviului, cum să utilizeze comportamente alternative pentru a-şi maximiza şansele de reuşită etc.

Pentru a veni în sprijinul consilierilor, prezentăm un set de reguli ale orientării şcolare şi profesionale în cazul elevilor cu cerinţe speciale:

a) în evaluările medicale, diagnosticul clinic va fi utilizat doar în scop orientativ, pentru a se evita riscul confuziei între posibilităţile individuale de adaptare şi probabilităţile statistice ale adaptării categoriilor de apartenenţă (altfel spus, evitarea efectelor negative care pot fi provocate de eticheta nosologică a deficienţei sau incapacităţii);

b) decizia de orientare spre învăţământul special va avea un caracter temporar, oferind copilului posibilitatea de a reveni pentru reexaminare complexă şi reorientare (respectarea dreptului copilului de a avea şanse egale la educaţie şi, atunci când rezultatele evaluărilor permit, posibilitatea integrării lui în învăţământul obişnuit);
c) se va evita, pe cât este posibil, practica de a decide reorientarea cazurilor, după tipul şi gradul deficienţei, totdeauna în jos, de la unităţi şcolare cu cerinţe instructiv-educative de nivel mai ridicat către unităţi educaţionale cu oferte educative reduse;
d) în deciziile de orientare şcolară şi profesională se va avea în vedere faptul că învăţământul special este destinat să accepte elevi/adolescenţi cu deficienţe propriu-zise de intensitate variabilă, dar între limite care concordă cu un alt tip de standardizare medie a programelor şcolare; prin urmare, se impune diversificarea standardelor educaţionale, cu marcarea nivelurilor de progres ale fiecărui elev;
e) valorificarea avantajelor oferite prin deschiderea unităţilor şcolare din învăţământul obişnuit pentru primirea elevilor cu cerinţe educative speciale; în principiu, atunci când se întrunesc condiţiile necesare şi suficiente, persoana cu cerinţe speciale în educaţie poate fi cuprinsă în structuri integrate din învăţământul obişnuit sau clase obişnuite integrate în alte instituţii decât cele de învăţământ (spitale/clinici de pediatrie, centre de plasament familial, centre de zi etc.);
f) susţinerea inovaţiile legislative şi administrativ-instituţionale prin schimbarea radicală a practicii de orientare şcolară şi profesională a persoanelor purtătoare de deficienţe;
g) persoanele de orice vârstă, care nu se adaptează la programe standard de formare profesională (chiar atunci când sunt proiectate pentru învăţământului special), trebuie să primească un suport educativ potrivit, atât timp cât este necesar;
h) schimbarea de atitudine faţă de persoana cu cerinţe speciale şi disponibilitatea de investiţie materială şi de resurse umane pentru asigurarea serviciilor de sprijin necesare acesteia; nu este suficientă schimbarea de etichetă pentru persoană, de la „deficient" sau „handicapat" la „persoană cu cerinţe educative speciale" sau „persoană cu dizabilităţi", dacă se păstrează acelaşi cadru de referinţă: descriere de categorii (tipuri) şi grade ale deficienţei pentru includerea cazurilor individuale în sfera drepturilor la protecţie şi educaţie specială.

Programele de intervenţie şi serviciile de sprijin invocate de serviciile de consiliere sunt eficiente atunci când evaluarea persoanei cu cerinţe speciale (copil, adolescent, tânăr) este complexă şi validă; de exemplu, alături de celelalte evaluări (medicală, socială), evaluarea psihologică ţine seama de diversitatea culturală şi lingvistică, deficitele de comunicare şi factorii comportamentali, iar evaluarea pedagogică ţine seama de limitele impuse de deficienţă, corelate cu un curriculum şcolar şi programe de pregătire profesională.

12.3. Integrarea profesională a persoanelor cu dizabilităţi. Repere calitative

Una dintre valorile de bază ale societăţii noastre este aceea ca toţi cetăţenii să aibă un loc de muncă productiv şi să primească un salariu decent pentru activitatea prestată. Pentru persoanele cu dizabilităţi, cea mai eficientă formă de a-şi dobândi calitatea de cetăţean socialmente util este munca normală sau munca protejată în mai mare sau mai mică măsură, în acord cu posibilităţile fiecăruia. Conform acestei valori, persoanele cu dizabilităţi care doresc să desfăşoare activităţi productive trebuie să dispună de şansa de a obţine un loc de muncă, fără ca pentru aceasta să fie nevoite să renunţe la alte drepturi sau beneficii care le asigură un nivel acceptabil de existenţă. Asumarea acestor valori va conduce la responsabilizare socială, astfel încât să se poată oferi şanse de angajare şi servicii de sprijin într-un mediu cât mai normal sau cât mai puţin restrictiv.

Când se vorbeşte despre oferirea de şanse/oportunităţi de profesionalizare şi angajare, trebuie să urmărim anumite principii cum ar fi :

a) *posibilitatea de alegere individuală* – persoanele cu dizabilităţi trebuie să fie implicate în tot procesul de luare a deciziilor care le pot afecta viaţa ; trebuie respectate preferinţele acestora şi trebuie stimulate integritatea, demnitatea şi dezvoltarea lor personală, iar serviciile de orientare profesională, consiliere şi integrare în activităţi productive nu trebuie să fie diferite de cele oferite persoanelor fără dizabilităţi ;
b) *asigurarea unui mediu de lucru cât mai aproape de normalitate* – persoana cu deficienţe angajată trebuie să-şi desfăşoare activitatea într-un mediu care să îi ofere şanse de integrare în comunitatea celor deficienţe şi să beneficieze de aceleaşi condiţii de angajare ca şi aceştia (drepturi, obligaţii, beneficii etc.) ;
c) *asigurarea serviciilor de sprijin* – gradul şi tipul de sprijin trebuie să fie flexibile şi limitate în timp (în unele situaţii, serviciul poate fi continuu), în funcţie de nevoile subiectului, astfel încât acesta să poată desfăşura în mod productiv o activitate profesională semnificativă şi relevantă într-un anumit context social ;
d) *elaborarea unor strategii de angajare a persoanelor cu dizabilităţi* – desfăşurarea unor programe care să favorizeze fie angajarea în unităţi de producţie, fie asigurarea unor condiţii de angajare autonomă şi/sau protejată ;
e) *dezvoltarea de relaţii şi parteneriate cu întreprinderile* – serviciile care consiliază persoanele cu dizabilităţi (cunoscute sub denumirea de *monitori de angajare*) trebuie să colaboreze cu întreprinderile, firmele sau unităţile de producţie pentru a identifica acele locuri de muncă potrivite pentru nivelul profesional, tipul şi gravitatea deficienţelor ;
f) *colaborarea cu alte agenţii* – la nivel judeţean/local, acordurile între diverse agenţii trebuie orientate astfel încât să nu limiteze posibilităţile de tranziţie de la şcoală la viaţa adultă.

Sprijinul educaţional, social sau pentru angajare într-un mediu profesional nerestrictiv trebuie să susţină dezvoltarea individuală a persoanelor cu dizabilităţi ; în acest fel poate creşte gradul de autonomie şi independenţă personală, integrarea în comunitate şi gradul de valorizare al acestor persoane. Pentru a asigura servicii într-un mediu cât mai puţin restrictiv posibil, este necesar ca organizaţiile, centrele, instituţiile sau agenţiile care

acţionează în domeniu să analizeze serviciile şi programele oferite, astfel încât activităţile planificate să-i implice şi pe apropiaţii persoanei cu dizabilităţi: familia sau tutorii, consilierii sau alte categorii de specialişti.

De asemenea, factorii amintiţi anterior trebuie să se preocupe şi de elaborarea unor standarde de calitate care să permită diferenţierea practicilor profesionale. Standardele profesionale trebuie să permită, în primul rând, o mai bună elaborare a programelor din domeniul integrării în muncă şi, în al doilea rând, trebuie să faciliteze autoanaliza responsabililor de programe şi a participanţilor, astfel încât să existe o planificare riguroasă care să reflecte realitatea activităţii serviciului de orientare şi plasament profesional pentru persoanele cu dizabilităţi. Un prim pas în dezvoltarea unui sistem de standarde care să permită proiectarea, dezvoltarea şi analizarea programelor în cadrul serviciilor sociale este identificarea principalelor efecte aşteptate asupra beneficiarilor. Ele trebuie să aibă un caracter operaţional şi să permită responsabilului de program să le poată folosi ca reper fundamental în structurarea acţiunilor şi secvenţelor de lucru din cadrul programului de intervenţie.

Principalele efecte aşteptate sunt:

- să contribuie la creşterea beneficiilor persoanelor cu dizabilităţi care primesc servicii şi/sau programe de abilitare, reabilitare şi integrare profesională;
- să permită îmbunătăţirea şi dezvoltarea relaţiilor cu instituţiile din cadrul comunităţii;
- să susţină ameliorarea eficienţei programelor de intervenţie;
- să răspundă priorităţilor stabilite prin politicile sociale de la nivel naţional, regional şi local.

Programele de intervenţie sunt destinate persoanelor cu dizabilităţi de vârstă activă şi cu reale posibilităţi de a fi integrate în muncă, distingându-se trei grupuri-ţintă:

- persoane cu dizabilităţi congenitale sau afecţiuni dobândite în copilărie şi care nu au lucrat niciodată;
- persoane care au dobândit dizabilitatea în urma unui accident;
- persoane afectate de o infirmitate cronică şi care a dus la invaliditate.

În acest context, termenul *abilitare* se referă la suma procedurilor şi intervenţiilor destinate să susţină o persoană pentru ca aceasta să poată ajunge la nivelul maxim posibil de dezvoltare mintală, fizică şi socială, prin învăţarea acelor abilităţi care să determine eficienţa funcţională şi creşterea progresivă a gradului de autonomie a individului. *Reabilitarea* se referă la procesul global şi continuu de intervenţie care are ca scop susţinerea persoanelor cu dizabilităţi în procesul de dezvoltare personală şi integrare totală, prin intermediul unor obiective foarte bine definite. *Metodele de recuperare* sunt intervenţii profesionale cu caracter uni-/pluridisciplinar care acţionează direct asupra persoanei afectate de deficienţă. *Serviciile de sprijin* includ, în general, toate tipurile de intervenţii care acţionează în mod direct asupra mediului fizic şi indirect asupra mediului social, avându-se în vedere reabilitarea şi integrarea persoanei cu dizabilităţi. Prin *integrare profesională / integrare în activităţi de muncă* înţelegem suma ajutoarelor de tip tehnic şi a celor financiare acordate de angajatori persoanelor cu dizabilităţi, având ca finalitate identificarea, adaptarea, menţinerea şi îmbunătăţirea unui loc de muncă. De asemenea, întâlnim şi termeni ca *sprijin*, *consiliere* sau *facilitate*, acestea desemnând

relaţiile pe care agenţia sau organizaţia le dezvoltă cu persoana ce prezintă dizabilităţi şi familia sa. Folosind aceşti termeni, trebuie să reflectăm la faptul că toate deciziile care se iau sunt pentru persoana cu dizabilităţi şi împreună cu aceasta ; dacă nu există capacitatea necesară în acest sens, atunci prin consiliere, acordarea de sprijin şi facilităţi se vor forma acele abilităţi care să ducă, în final, la luarea unor decizii corecte.

Pentru structurarea unui program de intervenţie în scopul integrării profesionale a persoanelor cu dizabilităţi, propunem următoarele repere calitative, distribuite pe două secţiuni :

1. Prima secţiune cuprinde normative generale de organizare a programelor :
   a) *managementul/coordonarea programului* – analizează modelul administrativ aplicat, valorile după care se ghidează activităţile, structura organizatorică, calificarea personalului etc. ;
   b) *definirea programului ; strategie şi resurse* – identifică populaţia-ţintă, nevoile care trebuie acoperite, obiectivele propuse, tehnicile şi metodele utilizate, dotările disponibile şi programele cu care se poate colabora ;
   c) *evaluarea iniţială şi serviciile oferite* – definesc serviciile puse la dispoziţie, rezultate pe baza evaluării nevoilor beneficiarilor ;
   d) *designul şi evaluarea programului* – descrie conţinutul programului şi caracteristicile sistemului de evaluare utilizat pentru a compara rezultatele obţinute cu obiectivele stabilite.
2. A doua secţiune propune un normativ profesional pentru aplicarea programelor care au în vedere integrarea profesională a persoanelor cu dizabilităţi :
   a) *evaluarea şi diagnosticarea persoanelor care vor beneficia de conţinutul programelor* – aspecte referitoare la capacităţile reale ale persoanei, traseul educaţional, motivaţiile şi preferinţele profesionale, dorinţa de a se integra din punct de vedere social şi posibilităţile de angajare existente ;
   b) *abilitarea/reabilitarea funcţională* – definesc o serie de procese de abilitare/ reabilitare care constituie un program de servicii coordonate pentru tratamentul persoanelor cu dizabilităţi şi consilierea familiilor acestora ; sunt definite, de asemenea, o serie de acţiuni care vizează adaptare personală şi socială şi configurează un program orientat pe dezvoltarea şi exercitarea abilităţilor funcţionale pe care beneficiarii trebuie să le dobândească pentru a-şi putea exercita rolul de persoană adultă în cadrul comunităţii ;
   c) *orientarea şi formarea profesională şi ocupaţională* – dezvoltarea abilităţilor profesionale pentru o orientare profesională şi o acţiune formativă eficientă, în acord cu posibilităţile de inserţie pe piaţa muncii, cu capacitatea profesională şi gradul de motivare al persoanei dispuse să depună o activitate productivă ;
   d) *adaptarea şi integrarea în muncă* – definesc o acţiune de tranziţie între formarea ocupaţională sau preprofesională şi angajarea protejată sau semiprotejată, considerând că aceasta trebuie să fie limitată în timp, să fie sistematică şi să orienteze persoanele către nivelul lor optim de dezvoltare profesională ;
   e) *angajarea protejată* – mijloacele care trebuie aplicate în cazul acţiunilor speciale de angajare ;
   f) *angajarea cu sprijin* – mijloacele care trebuie aplicate în cazul acţiunilor de angajare cu sprijin (înţelegând acel ajutor care este oferit persoanelor cu dizabilităţi, care

necesită o atenție specială pentru a păstra o slujbă remunerată într-un mediu de muncă integrator);

g) *programe în întreprinderi/firme obișnuite* – un set de acțiuni care să contribuie la sensibilizarea mediului de lucru din acele unități.

Întrebări și teme de reflecție

- Argumentați rolul familiei în relația cu copilul cu dizabilități și importanța implicării membrilor familiei în activitatea de recuperare și reabilitare a acestuia.
- Prezentați sintetic principalele aspecte ale procesului de consiliere în cazul persoanelor cu dizabilități.
- Elaborați un program de integrare profesională a persoanelor cu dizabilități în condițiile economice actuale din țara noastră.
- Care sunt principiile aplicate în orientarea și pregătirea profesională a persoanelor cu dizabilități ? Exemplificați cum pot fi valorificate aceste principii în activitățile practice.

CAPITOLUL 13

Noile tehnologii informatice şi educaţia specială

13.1. Orientări actuale în IT pentru persoanele cu dizabilităţi

Introducerea recentă a tehnologiilor informatice în aproape toate domeniile societăţii contemporane a condus, pe de o parte, la creşterea considerabilă a cantităţii de informaţie, iar pe de altă parte, la extinderea exponenţială a ariei ei de răspândire. O cantitate mai mare de informaţie nu înseamnă în mod necesar mai multe cunoştinţe bine structurate ; de aceea, rolul fundamental al informaticii în şcoală este nu numai de a permite accesul tinerilor – cu sau fără dizabilităţi – la cunoştinţe, apoi la dobândirea altora noi, ci mai cu seamă de a asigura dezvoltarea altor instrumente de învăţare, asimilarea unei noi culturi care să uşureze reorganizarea permanentă a cunoştinţelor. În zilele noastre, mai mult ca în alte vremuri, cei care nu-şi pot folosi mâinile pentru a scrie, cuvântul pentru a vorbi, nu au vederea şi auzul funcţionale sau nu prezintă facultăţi intelectuale corespunzătoare pentru a înţelege realitatea din jurul lor, respectiv persoanele cu dizabilităţi, pot fi marginalizate şi chiar excluse din viaţa comunităţii din care fac parte. Dimpotrivă, dacă dispun de instrumente informatice adecvate, aceşti oameni pot fi antrenaţi în activităţi socialmente utile susţinute de tehnologiile informatizate care să le permită adaptarea şi integrarea în forme moderne de convieţuire socială.

Noile orientări din domeniul psihopedagogiei recomandă folosirea în şcoală a instrumentelor derivate din *soft*-urile profesionale aplicate pe calculator, precum instrumentele de scriere şi editare moderne, care asociază tratarea textului şi grafismul şi care oferă, în anumite profesii, un mediu puternic de socializare printr-o muncă de tip colectiv. Introducerea mijloacelor informatizate în procesul didactic poate fi susţinută şi de următoarele afirmaţii oferite de teoriile învăţării :

- învăţarea este considerată un proces care are răspunsurile legate de categorii de stimuli şi în care cunoştinţele, transmise de către profesor, sunt acceptate şi asimilate (mai mult sau mai puţin activ) de către elev ;
- cunoaşterea este centrată pe elev, apelând la posibilităţile lui de analiză, la creativitatea sa înţeleasă în sensul de activitate creatoare.

La nivel mondial, se pot distinge o serie de tendinţe în construirea aplicaţiilor informatice destinate adaptării şi integrării şcolare :

Tendinţa tutorială consideră calculatorul şi programele aferente lui ca fiind un fel de „meditator" sau pedagog. Calculatorul are rolul de a menţine, întări motivaţia şi adapta

procesul de învăţare în funcţie de nivelul şcolar al elevului. De regulă, tendinţa tutorială, numită şi *învăţarea asistată de calculator*, în sensul de învăţare autoprogramată cu ajutorul calculatorului, se bazează pe seturi de programe/*soft*-uri (exerciţii sistematice, dialoguri pedagogice, programe de evaluare etc.). În principiu, ele pot fi de un real folos elevilor cu dizabilităţi sau unor categorii de bolnavi care stăpânesc în mod convenabil cititul, scrisul şi calculul aritmetic (spre exemplu, într-un spital, aplicaţiile tutoriale permit persoanelor cu boli cronice care necesită perioade lungi de spitalizare să continue învăţarea şi să diminueze angoasa spitalizării). O altă categorie de beneficiari cărora li se pot adresa aplicaţiile tutoriale este aceea a tinerilor delincvenţi în scopul eradicării analfabetismului. Realizări interesante au avut loc şi în rândul tinerilor cu deficienţe profunde de auz, pentru care folosirea textelor scrise rămâne un mod privilegiat de exprimare. Însă, chiar şi pentru domeniile menţionate mai sus, principala dificultate de punere în practică a informaticii pedagogice de tip tutorial rezidă în cvasiabsenţa unor programe adaptate la nivelul şcolar şi/sau la dificultăţile motrice ori senzoriale ale tinerilor. Recurgerea la programe deschise ar trebui să permită, dacă nu rezolvarea, cel puţin atenuarea unor dificultăţi de învăţare la copiii cu diferite deficienţe.

Tendinţa protetică este tendinţa potrivit cărora calculatorul şi interfeţele lui de intrare/ieşire specializate devin un instrument capabil să suplinească direct sau indirect o funcţie deficitară la copilul deficient. Folosit ca „proteză", calculatorul asigură o transcodificare a unui canal senzorial sau motor deficitar în altul bine controlat. Acest tip de aplicaţii este util ori de câte ori se lucrează cu tinerii care prezintă diferite tipuri de deficienţe. Limitaţi mult timp în accesul lor la informaţii scrise, tinerii nevăzători, de exemplu, pot găsi în informatică un puternic instrument pentru a lua notiţe, pentru a-şi controla munca în Braille sau, folosind aparatele de sintetizare vocală, pentru a-şi transcrie automat şi mai uşor textele în Braille (cercetări recente permit o introducere optică a textelor, care sunt apoi memorate, analizate, traduse şi transcrise în Braille). În ceea ce-i priveşte pe copiii cu deficienţe neuromotorii şi privaţi de folosirea limbajului, o serie de cercetări au ajuns la rezultate convingătoare ; cu ajutorul calculatoarelor, a programelor specializate, a dispozitivelor de intrare/ieşire particulare, unii dintre aceşti copii pot astăzi să scrie, să efectueze calcule aritmetice, pot acţiona asupra obiectelor, pot comunica cu cei din jur, pot urma un program şcolar sau practic în condiţii apropiate de normal. Astfel, calculatorul le dă posibilitatea să reprezinte pictograme, litere sau grupuri de cuvinte, să le asocieze într-un mesaj inteligibil şi să le tipărească la o imprimantă sau să le asculte printr-un sintetizator vocal. Unele instrumente, precum generatorul de activităţi multimedia KINDA, permit extragerea, în cursul unei activităţi şcolare, de mesaje urgente cu fraze precodificate. În general, aceste instrumente informatice sunt destinate în special numai comunicării ; sunt autonome, adică funcţionează pe baza unei baterii, miniaturizate, majoritatea dispunând de voce artificială.

Tendinţa reeducativă apelează la calculator, la programele lui şi la interfeţele specializate ca adevărate medii de reeducare. Actul reeducativ se bazează fie pe folosirea instrumentelor noi şi foarte specializate, fie pe utilizarea instrumentelor informatice obişnuite. În ceea ce priveşte primul aspect, se poate oferi drept exemplu experienţa practicată în Franţa pentru demutizarea copiilor cu deficienţe severe de auz. Firma IBM a echipat aproximativ douăzeci de instituţii destinate acestor categorii de copii cu un

dispozitiv de tratare a vocii şi cu programe specializate în demutizare şi în educaţia vorbirii. Pentru reeducarea vorbirii, persoana cu auzul afectat emite sunete care sunt tratate şi traduse grafic, în timp real, de către un calculator (sistemul se găseşte pe piaţă sub numele *SpeechViewer*). El poate fi folosit şi de către copiii autişti. Un alt exemplu este cel al reeducării memoriei şi atenţiei vizuale la tinerii care au suferit traumatisme craniene sau la persoanele afectate de o boală degenerativă. Pentru aceştia, firma IBM a dezvoltat programul *ThinkAble*, care permite reeducarea unor capacităţi cognitive, stimulează atenţia vizuală, memoria vizuală şi structurează informaţiile. Referitor la al doilea aspect, adică cel bazat pe folosirea instrumentelor clasice, putem să exemplificăm cu ajutorul bateriilor de exerciţii folosite pentru a consolida învăţarea citirii la persoanele cu deficienţe motorii şi afecţiuni cerebrale care suferă şi de tulburări vizuale sau folosirea unor pictograme ce asociază imaginea unui cuvânt scris şi pronunţat pentru a reeduca o tulburare lexico-semantică la o persoană cu traumatism cranian.

Tendinţa utilitară foloseşte calculatorul, instrumentele de scriere şi de calcul drept elemente auxiliare preţioase în perioada şcolarizării. Fără să fie instrumente rezervate doar copiilor cu deficienţe severe, ca în cazul ultimelor două tendinţe, tabelatoarele sau „managerele" de fişiere şi, mai ales, editoarele de texte pot uşura munca a numeroşi copii în procesul adaptării şi integrării şcolare. De exemplu, sunt cunoscute sau pot fi anticipate consecinţele pe care tulburările motorii la nivelul membrelor superioare, ce limitează posibilităţile de scriere şi exprimare grafică, le pot avea asupra şcolarităţii. Calculatorul şi programele pot contribui la uşurarea şi economia gestului astfel:

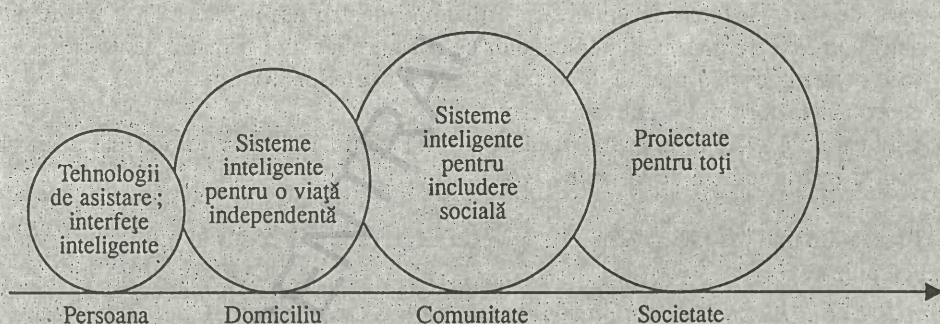
- apăsarea pe tastatură facilitează şi economiseşte gestica scrisului, dificil controlată în anumite patologii cerebrale; mai mult, în anumite situaţii este posibil să se limiteze acţionarea repetată a tastelor şi apăsarea lor simultană;
- sensibilitatea tastelor permite realizarea scrisului chiar şi în cazul unor importante pierderi ale puterii musculare la tinerii cu miopatie.

Tendinţa instrumentală face astfel încât calculatorul şi programele lui devin inductori ai raţionamentului şi ai creativităţii. Tendinţa instrumentală nu vizează neapărat dobândirea de noi cunoştinţe, ci urmăreşte mai degrabă structurarea gândirii, dezvoltarea strategiilor şi a plăcerii de a inventa (este vorba despre a învăţa să înveţi şi de a învăţa să creezi). Copilului i se propune un univers în care poate opera, manipulând obiecte după un anumit număr de reguli. Un răspuns scris, grafic sau sonor al calculatorului însoţeşte prestaţia copilului şi îi permite să-şi îmbogăţească în mod constant şi progresiv mediul personal. Există şi alte instrumente (pachetul de desenat KIDPIX) sau medii specializate (dispozitiv hipermedia audio-tactil FACTISON) care permit copiilor nevăzători să manipuleze şi să transforme obiecte. În general, calculatorul oferă elemente simple şi modulare pe care copilul le poate alege şi organiza în spaţiu şi timp. Facilitarea şi economia gestului asociate cu puterea de acţiune a calculatorului, compunerea mesajelor textuale şi a formelor, culorilor şi sunetelor îi dau copilului posibilitatea de exprimare artistică precum desenul, muzica sau unele forme de poezie.

În mod evident, aplicaţiile informatice specializate pot conduce la importante progrese ale copilului deficient. Comunitatea de terapeuţi şi cadre didactice înţelege şi sprijină interesul educativ al acestui nou instrument. Pentru a susţine însă efortul pedagogic, sunt necesare importante mijloace băneşti – pentru dotarea cu materiale informatice nu numai

a şcolilor speciale, a şcolilor incluzive, ci şi a altor instituţii specializate. De asemenea, sunt necesare importante măsuri pentru sprijinul dezvoltării programelor şi a perifericelor specializate, pentru formarea iniţială şi continuă a comunităţii de educatori din sectorul educaţiei speciale : profesori şi terapeuţi.

Analizând politica proprie Comisiei Europene cu privire la persoanele cu nevoi speciale, în cadrul Programului-Cadru 5, accentul s-a mutat de la *persoanele cu nevoi speciale şi în vârstă* la *persoanele cu nevoi speciale, inclusiv persoanele în vârstă*. În acest segment de acţiune, un obiectiv fundamental îl constituie îmbunătăţirea sistemelor de aplicaţii bazate pe IT, prin oferirea de noi posibilităţi pentru participarea totală în societate, inclusiv oportunităţi de muncă, tuturor persoanelor cu nevoi speciale. În acest sens se urmăreşte dezvoltarea unei infrastructuri tehnologice, unde calculatoarele şi tehnologiile de comunicare sunt disponibile pretutindeni ; oricând, prin intermediul unor interfeţe prietenoase, ele furnizează un cadru pentru orientarea informaţiilor şi serviciilor către cerinţele utilizatorului. Sistemele pe care pot lucra şi persoane cu deficienţe senzoriale sau fizice sunt necesare pentru anumite aplicaţii, iar utilizatorilor trebuie să li se furnizeze direct informaţiile relevante operaţiunii (fără să mai fie nevoiţi să navigheze prin structuri de date complexe). Astfel, mediul ambiant inteligent furnizează noi oportunităţi pentru a reduce excluziunea ; noile interfeţe prietenoase sunt cele necesare pentru îmbunătăţirea furnizării serviciilor pentru toţi cetăţenii. În figura următoare este ilustrat modul în care Programul-Cadru 5 al Comisiei Europene acoperă diverse zone de cerinţe speciale.



Sisteme informatice pentru persoane cu nevoi speciale

Decizia Programului-Cadru 5 pentru programul IST (*Information Society Technology*) identifică priorităţi în următoarele domenii :

- produse, sisteme şi servicii proiectate pentru toţi, incluzând metode de proiectare participativă îmbunătăţite, terminale multimodale şi interfeţe universale ;
- sisteme adaptive : instrumente de comunicare pentru persoanele cu nevoi speciale, dispozitive-suport mobile, atât pentru acasă, cât şi pentru medii mai largi, sisteme de control robotizate ;
- aplicaţii multimedia pentru ajutorare în viaţa de zi cu zi şi pentru integrarea socială acasă, la locul de muncă, educaţie, transport, petrecerea timpului liber etc., reţele de intervenţie şi suport social, noi metode de furnizare a serviciilor.

Iată mai jos câteva exemple de proiecte finanţate în cadrul Programului-Cadru 5 :

- *BlueEar* (*Bluetooth Assistive Listening System*) dezvoltă un sistem deschis pentru dispozitivele auditive bazate pe standardul de industrie radio deschis, *Bluetooth* ;
- *CONFIDENT* (*Confident Information Environment for the Independent Living of People with Severe Disabilities*) dezvoltă un mediu informaţional pentru a furniza persoanelor cu deficienţe severe accesul la servicii de asistenţă operaţionale, sociale şi personale ;
- *PACKAGE* (*Provision for Imported Lifestyles via Acces to Consumer Packages*) ajută persoanele cu cerinţe speciale şi pe cele în vârstă să deschidă pachetele şi să citească informaţiile de pe etichete, în special ambalajele de la vânzarea către consumator a mâncării, băuturilor şi detergenţilor, prin folosirea tehnologiilor informatizate ;
- *VISICAST* (*Virtual Signing : Capture, Animation, Storage & Transmission*) dezvoltă *„humanoizi virtuali"* capabili să genereze limbajul semnelor europene pentru persoane lipsite de auz.

Pornind tot de la politica proprie Comisiei Europene cu privire la persoanele cu cerinţe speciale, s-au iniţiat mai multe programe de accesibilizare a noilor tehnologii informatizate în funcţie de specificul diferitelor categorii de utilizatori cu dizabilităţi. Astfel, *WAI* (*Web Accesibility Initiative*) a abordat următoarele domenii :

a) domeniul educaţional – pentru ca tehnologiile, instrumentele şi instrucţiunile să fie efective, iar utilizatorii lor să le poată folosi în mod regulat şi corect ;
b) baze de date, sisteme de etichetare utilizabile pentru accesibilitate (cu participare activă *on-line* a comunităţii persoanelor cu cerinţe speciale) şi instrumente de certificare pentru a evalua nivelul de accesibilitate a paginilor *web* ;
c) coordonarea forumului utilizatorilor ;
d) publicarea la diferite niveluri standard a unui ghid de stiluri de interfeţe utilizator pentru instrumentele de *browsing Web*.

Prezentăm mai jos exemple specifice de cercetări care au condus la servicii şi produse comercializate :

a) *AUDETEL* (*Audio Description of Television for Visualy-Impaired and Older Viewers*) furnizează descrierea audio a scenelor derulate pe ecranul televizorului în timpul pauzelor normale în cadrul dialogului ;
b) *SATURN* (*Smart Card and Terminable Usability Requirements and Needs*) a dezvoltat un prototip de distribuitor de bani pentru carduri speciale ; cardurile pot conţine informaţii despre preferinţele utilizatorilor pentru a orienta terminalul către cerinţele lor, iar acest proiect este extrem de relevant pentru planul *eEurope* în ceea ce priveşte cardurile inteligente (*smart cards*) ;
c) *SAFE 21* (*Social Alarms for Europe in the 21st Century*) :
   - a dezvoltat un sistem social de alarmă, care va acţiona de oriunde în interiorul casei, folosind un pandantiv vorbitor purtat la gât, iar în exteriorul casei, utilizând un telefon celular (*radio cellphone*) şi o tehnologie de poziţionare globală ;
   - a demonstrat accesul persoanelor lipsite de auz la sistemele sociale de alarmă (deci disponibil şi pentru cei excluşi în mod curent de la acest tip de dispozitiv) ;

- a demonstrat cum telemedicina poate fi încorporată cu costuri marginale prin exploatarea sistemelor sociale de alarmă existente ;
- a demonstrat cum un centru de control partajat facilitează serviciile de urgență, lucrul cooperativ al specialiștilor din domeniul medical, de sănătate și social, permițând un serviciu larg, bazat pe sisteme sociale de alarmă ;

d) *FASDE* (*Future Alarm and awareness Services for Disabled and Eldery*) a dezvoltat un sistem de alarmă de tip ceas de mână ; dispozitivul emite semnale vizuale și/sau tactile pentru a alerta persoanele cu disfuncționalități auditive sau pe cele lipsite de auz și vedere, cu ajutorul unor semnale de alarmă la nivel tactil ; consorțiul a stabilit relații cu un producător de ceasuri de mână pentru producerea și comercializarea produsului ;

e) *VISTEL* (*Visual Impaired Screen-based Telephony*) a dezvoltat interfețe nonvizuale (bazate pe mesaje auditive și tactile) pentru serviciile de telefonie bazate pe vizibilitate, furnizând instrumente de navigare și explorare pentru interfețele utilizator tip ecran (în particular pentru meniuri, dialoguri și chei *soft*) ; consorțiul a publicat rapoarte și instrucțiuni pentru proiectarea de ecrane și telefoane *web* pentru a fi accesibile persoanelor cu disfuncționalități de vedere.

13.2. Învățarea asistată de calculator la elevii cu dizabilități

În procesul instructiv-educativ al copiilor cu cerințe speciale, computerul joacă două roluri importante : suport în comunicare și sprijin în învățare. Folosirea lui face posibilă învățarea prin creșterea concentrării atenției, prin dezvoltarea folosirii limbajului și a deprinderilor sociale ; cu ajutorul computerului, acești copii pot deveni mai puțin dependenți și mai capabili din toate punctele de vedere. În cazul copiilor cu deficiențe fizice și senzoriale, învățarea asistată de calculator (IAC) determină creșterea independenței în învățare ; în special copiii cu dificultăți severe în învățare pot beneficia de folosirea computerului în grupuri mici (adesea cu ajutorul adultului), astfel încât competențele sociale și abilitățile de comunicare să poată fi dezvoltate/consolidate. Pentru copiii cu dificultăți profunde și multiple în învățare, folosirea calculatorului poate conduce la îmbogățirea curriculumului.

De asemenea, utilizarea calculatorului în procesul instructiv-educativ înregistrează, într-o manieră mai structurată, următoarele efecte :

- dezvoltă capacitatea elevilor cu deficiențe grave de a opera cu semne și simboluri ;
- antrenează – exersează – dezvoltă percepția vizuală și auditivă ;
- motivează elevul, astfel încât acesta nu mai poate continua procesul învățării decât prin intermediul computerului ;
- dezvoltă creativitatea și abilitățile de rezolvare a problemelor.

Pentru cei cu deficiențe senzoriale și fizice, la prima vedere, computerul poate fi apreciat ca nefolositor, deoarece operarea cu diferite programe cere un bun control al mișcărilor și o bună acuitate vizuală. Monitorul și tastatura sunt bazele comunicării între individ și computer, iar producătorii acestor sisteme au adaptat computerele și programele astfel încât să poată fi folosite și de acest segment al populației.

Tehnologiile de asistare / adaptive pentru calculatoare, numite şi *asistenţi de accesibilitate*, se ataşează la calculatoare pentru a le face mai accesibile persoanelor cu dizabilităţi. Această sintagmă se referă la:

- noi facilităţi incluse în *hardware* sau în sistemul de operare al computerelor, făcându-le mai accesibile pentru persoanele cu dizabilităţi;
- asistenţii de accesibilitate care pot îmbunătăţi sistemul de operare, făcându-l accesibil pentru un număr sporit de utilizatori (persoane cu dizabilităţi);
- aplicaţii specializate, cum sunt, spre exemplu, procesoarele de text, care pot fi optimizate pentru persoanele cu incapacităţi specifice.

Printre aceste tehnologii enumerăm:

- *amplificatoarele de ecran* – utile pentru persoanele cu vederea slabă; cu aceste instrumente, utilizatorii pot controla ce zonă de pe monitor trebuie mărită şi pot muta focalizarea pentru a vedea zona respectivă;
- *cititoarele de ecran* – utile pentru nevăzători. Aceste instrumente pun la dispoziţie informaţia de pe ecran sub formă de vorbire sintetizată sau o pot transmite unor echipamente Braille (pot transforma informaţia sub formă de text; graficele şi imaginile pot fi translatate doar dacă există text alternativ care să descrie imaginile vizuale);
- *instrumentele pentru comandă verbală*, numite şi „programe de recunoaştere a vorbirii", asistă persoanele cu deficienţe fizice, favorizându-le comenzile calculatorului prin intermediul vocii lor, în locul unui mouse sau al unei tastaturi;
- *dispozitivele on-screen* – utilizate de persoanele incapabile să folosească o tastatură standard, permiţându-le să selecteze diferite taste prin metode de punctare, cum sunt dispozitive de punctare, *swich*-uri, sisteme de intrare bazate pe cod Morse;
- *filtrele de tastare* (utilitare de predicţie a cuvintelor, *add-on spell* etc.) – sunt incluse în sistemele de operare (spre exemplu, Windows sau Windows NT) şi ajută persoanele care întâmpină dificultăţi atunci când utilizează tastatura (persoanele care tremură, care au un ritm foarte lent de răspuns etc.);
- *perifericele de intrare alternative* – permit utilizatorilor să-şi controleze calculatoarele prin alte mijloace decât o tastatură standard sau dispozitiv de punctare.

Aceste tehnologii sunt materializate în numeroase produse care se vând pe piaţa produselor IT sub următoarele denumiri:

- Tastatură alternativă
- Sisteme alternative de mouse
- Dispozitiv de Braille
- Sistem electronic de asistare
- Sintetizator de vorbire
- Dispozitive tactile
- Accesibilitate Linux
- Echipamente neurale de interfaţă
- Recunoaşterea optică a caracterelor (OCR)
- Asistent personal pentru organizarea şi gestiunea datelor
- Sistem de afişare în Braille
- Amplificator de ecran
- Cititor de ecran

- Sistem text-vorbire
- Echipament de comunicare cu ieşire text vorbit
- Sistem de recunoaştere voce
- Sistem de asistare a tastării cuvintelor etc.

Pentru a evidenţia potenţialul instructiv-educativ al computerului şi impactul acestuia asupra elevilor cu cerinţe speciale, vom prezenta câteva exemple de aplicaţii ale învăţării asistate de calculator la diverse arii curriculare, precum şi câteva auxiliare tehnologice specifice fiecăreia (vezi Gherguţ şi Neamţu, 2000).

• *Citirea şi scrierea* – în cazul unor dificultăţi uşoare în învăţare sau al unor inabilităţi cronice, dar intermitente de a citi şi scrie într-o manieră organizată, programele speciale şi sintetizatoarele de voce pot constitui un sprijin real pentru elevii cu cerinţe speciale în învăţare. Folosind aceste mijloace, elevii îşi pot corecta vorbirea şi scrierea, ortografia, pronunţia şi auzul fonematic. Spre exemplu, elevii cu deficienţe auditive au o inabilitate intermitentă de a opera cu informaţii obţinute pe cale auditivă ; un computer cu un program adecvat îi poate ajuta/asista în primirea, discriminarea şi reţinerea unei secvenţe de informaţii şi în aplicarea lor. În cazul dificultăţilor tactile şi motorii, elevii incapabili să scrie lizibil, să plaseze un text pe o linie, elevii cu dificultăţi în a culege/ordona informaţii de/pe coloane sau şiruri de numere, elevii care eşuează în efortul de amintire a locului unor semne pe pagina imprimată etc. pot reduce prin intermediul computerelor aceste dificultăţi, deoarece programele procesate vocal controlează textul şi oferă asistenţă în citirea coloanelor sau şirurilor.

În cazul dificultăţilor moderate în învăţare, elevii cu un limbaj sărac şi care îşi concentrează atenţia pe termen scurt, elevii cu dificultăţi în memorare şi în percepţie, cu motivaţie săracă şi care sunt uşor de distras de către alţi stimuli, cei care nu colaborează la diferite activităţi, utilizând computerul, ar putea să folosească o tastatură *Concept*, împărţită în arii senzitive, şi să acceseze informaţii nonverbale, pe bază de imagini. Rezultatele obţinute sunt : creşterea concentrării atenţiei, colaborarea mai bună cu alţi colegi, sunt mai puţin distraşi în comparaţie cu alţi elevi care nu au beneficiat de sprijinul calculatorului (s-a constatat că o dată ce copiii se familiarizează cu sarcinile programului, foarte rar profesorul mai trebuie să-i antreneze în rezolvarea problemelor).

Programele-cadru (libere de conţinut) permit copiilor să ia decizii şi oferă profesorilor posibilitatea să-şi proiecteze propriile mijloace în funcţie şi de alte resurse materiale disponibile în clasă. De exemplu, profesorii pot consolida schemele lingvistice dezvoltate pe cartele sau planşe, folosind un computer cu aceleaşi materiale. Tastatura *Concept*, care include caracteristici, cuvinte, fraze, imagini sau desene adaptate abilităţilor intelectuale şi lingvistice, înlocuieşte tastatura obişnuită ; prin utilizarea ei, copiii devin capabili să creeze mici povestioare sau să scrie orice altceva printr-o interfaţă individualizată a unui computer, cu o tastă A-face/Scriere dezvoltată în acest scop.

Elevii cu dificultăţi severe în învăţare pot beneficia de programe speciale, care oferă o stimulare progresivă prin imagini desenate. Atenţia vizuală a elevilor, fixarea şi urmărirea imaginilor pot fi consolidate folosind programe care creează strălucire, imagini colorate, însoţite de sunete. Acei copii care dezvoltă o concentrare a atenţiei pot ajunge să manipuleze imagini. Elevii care nu vorbesc pot învăţa cum să folosească imagini pentru a-şi exprima alegerile ; astfel, îşi dezvoltă coordonarea ochi-mână şi îşi consolidează

legătura cu interfaţa monitorului. Unii ajung să opereze cu obiecte reale, similare celor de pe monitorul calculatorului, sau doar cu obiectele de pe monitor. Se poate accede la secvenţiere şi la formarea abilităţilor de precitire, în funcţie de potenţialul fiecărui elev. Câteva dintre aceste achiziţii pot fi realizate prin intermediul jocurilor pe computer.

Computerele pot servi şi ca mediator în interacţiunea dintre elev şi profesor. Apelând la obiectele reale, corespondente ale celor de pe ecran, profesorul îi ajută pe cei care nu înţeleg imaginile prezentate pe monitor. O dată ce imaginea e înţeleasă, profesorul o poate substitui cu simboluri. Pentru cei care nu citesc, computerul creează sunete şi imagini. Sintetizatoarele vocale pot vorbi, pot spune instrucţiunile lent şi clar şi, dacă e necesar, le pot repeta. Efectele de sunet reprezintă frecvent stimuli puternici. Elevii lucrează cu o tastatură specială şi creează sunete muzicale. De asemenea, ei controlează computerul prin intermediul sunetelor (de exemplu, programul *Micro-Mike*, care încurajează vocalizarea).

Computerele sunt utile în a-i ajuta pe elevi să înveţe să stăpânească descifrarea unui vocabular de bază pentru a se descurca pe stradă sau la magazin. *Match* este un program care aranjează cuvintele la întâmplare pe ecran şi copiii trebuie să le potrivească cu imaginile vizualizate. Copiilor le place să-şi pregătească singuri contextele, alegând ei înşişi imaginile, şi astfel vocabularul lor se dezvoltă. Copiii potrivesc imaginile cu cuvintele corespunzătoare sau cu prima literă din cuvânt, cuvintele sunt scrise pe monitor sau sunt spuse din memorie ; de asemenea, copiii pot găsi un cuvânt din litere amestecate, pot adăuga cuvintele care lipsesc într-o propoziţie sau într-o poveste. Toate aceste sarcini cer în rezolvarea lor abilităţile citirii.

Copiii cu dificultăţi cognitive au adeseori probleme în dobândirea deprinderilor necesare cititului. Profesorii îi ajută folosind programe cu desene tridimensionale. Folosirea acestor programe admite o diversitate de sarcini şi modalităţi concrete : copiii completează desenele cu mai multe figuri, apoi trebuie să răspundă la întrebările scrise în legătură cu ceea ce au făcut ; descoperă animale ascunse în cutii sau trebuie să-şi descopere propria fotografie între alte multe fotografii ale altor copii, dând instrucţiunile : „sus", „jos", „în spate", „în faţă", „în jurul" etc. De asemenea, elevii pot cere computerului să le spună alte semnificaţii ale cuvântului, să le arate o imagine sau o secvenţă de desen animat, care să-i ajute să priceapă semnificaţia cuvântului ; ei pot cere, pur şi simplu, să le dea definiţia din dicţionar sau să le ofere un exemplu în care cuvântul să apară într-un context sau să-l citească cu voce tare.

Un alt program de facilitare a învăţării citirii este şi *Hyper Card*. Folosindu-l, elevul mută cursorul pe cuvinte, iar computerul le citeşte ; computerul citeşte poveşti cu o voce de copil care pare naturală deoarece a fost prelucrată digital. Pentru că mulţi cititori cu probleme de vedere citesc diferite cărţi încet şi au dificultăţi în a manevra mari cantităţi de tipărituri cu format mare sau în sistem Braille, s-au introdus în procesul de învăţământ CD-ROM-urile cu caractere mari şi vorbire sintetizată pe computer.

Intervenţia profesorului nu poate fi înlocuită de computer, dar profesorul poate îmbunătăţi împreună cu computerul capacitatea de a citi a copiilor şi adulţilor cu dificultăţi de învăţare. Computerul le menţine mai eficient atenţia trează, exersează citirea şi o corelează şi cu alte laturi ale limbajului sau ale activităţii intelectuale. Evident că pot exista şi limite în utilizarea computerului pentru această arie curriculară, în special cele care ţin de discriminarea auditivă şi de distingerea corectă a unor grupuri de litere, slaba coordonare oculomotorie şi controlul limitat al mişcărilor ochilor de la

stânga la dreapta paginii în cazul citirii, ajungând să recunoască un număr limitat de cuvinte întregi care au aceeaşi lungime, aceeaşi literă de început sau sfârşit sau aceeaşi plasare în frază (expresie).

• *Comunicarea* – primele obiective care trebuie atinse în această arie sunt : dobândirea înţelegerii cuvântului vorbit şi formarea capacităţii de exprimare într-o multitudine de activităţi de vorbire şi ascultare, găsirea unui stil adecvat de răspuns în faţa interlocutorului. Capacităţile expresive includ vorbirea, gesturile şi expresiile faciale ; capacităţile interactive includ contactul vizual şi luarea cuvântului pe rând în conversaţii ; capacităţile perceptive includ auzul şi văzul, care pot fi limitate de deficienţele senzoriale. Când există un deficit cognitiv moderat/sever, persoanele nu mai pot utiliza informaţiile senzoriale pe care le primesc şi nu mai găsesc modalităţi eficiente de exprimare.

Folosirea computerelor stimulează dezvoltarea sensibilităţii conştiente şi oferă modalităţi de substituţie pentru exprimarea elevilor care nu vorbesc. Vorbirea sintetizată (folosirea sintetizatoarelor de voce) este un element pentru antrenarea copiilor cu dificultăţi în învăţare ; de exemplu, *Stylus*, un program special şi uşor de utilizat (cu o tastatură *Concept* sau una standard), spune textul copiilor printr-un sintetizator de voce. Vocea lui de robot îi amuză pe copii şi-i încurajează să se exprime, iar când elevii îşi aud propriile creaţii citite de vocea computerului, rezultatele pozitive devin vizibile imediat. Computerele îi ajută pe cei care învaţă să vorbească atât prin sintetizatoarele de voce, cât şi prin text. O altă variantă de folosire a computerului în scopul ameliorării limbajului şi comunicării este şi programul *McGee*, care foloseşte un personaj de desen animat foarte nostim pe care elevii îl trimit cu ajutorul mouse-ului să exploreze o casă sau îl determină să facă diferite acţiuni : să-şi perieze dinţii, să plece în excursii etc. – toate acestea realizate într-o grafică atractivă.

• *Muzica* – utilizarea calculatorului permite copiilor cu diverse deficienţe să exploreze, să experimenteze şi să creeze diverse sunete şi efecte muzicale. De exemplu, programul special adaptat *Soundspace* permite acestor copii explorarea unui microunivers cu ajutorul unui *Touch Screen* (prin atingerea ecranului) şi al unui sintetizator de voce. Copiii descoperă în acest mod relaţiile cauză-efect în producerea şi modificarea sunetelor : atingerea ecranului produce un anumit sunet prin sintetizator. Mişcarea unui deget sau chiar a palmei întregi pe ecran modifică înălţimea sunetelor. Diferitele părţi ale ecranului pot fi programate să producă sunete diferite, de la imitarea sunetului de orgă sau al clopoţeilor eolieni până la imitarea zgomotului rachetelor spaţiale. Folosind acest program, copiii creează propriile lor sunete.

Copiii cu cerinţe speciale nu sunt nevoiţi să înveţe notele muzicale pentru a compune melodii : atingând patru zone colorate aflate în partea inferioară a ecranului, sunetele iniţiale se schimbă, se produc/înregistrează alte sunete sau se foloseşte altă gamă. Se cunosc numeroase situaţii în care, lucrând împreună, copiii au compus diferite melodii şi versurile, prezentând compoziţiile lor în faţa profesorilor şi a părinţilor, demonstrând astfel abilităţile tehnice şi puterea lor de concentrare. Treptat, elevii au învăţat cum să încarce un program, cum să treacă în revistă meniul, cum să acceseze sau să modifice o piesă muzicală. Cooperarea bună dintre ei a condus la o îmbunătăţire a imaginii lor de sine.

În concluzie, folosirea IAC poate ajuta persoanele cu dizabilităţi să-şi depăşească starea de handicap, să devină mai puţin dependente şi să-şi îmbogăţească repertoriul de

deprinderi şi capacităţi (aşa cum au demonstrat exemplele de aplicaţii prezentate). Cu toate acestea, realitatea a arătat că aceste efecte benefice nu au fost posibile în toate situaţiile. Se face trimitere astfel la problema concordanţei dintre necesităţile beneficiarilor şi exigenţele tehnologiei, concordanţă care a fost scăpată din vedere atunci când organizaţiile guvernamentale sau cele de caritate s-au gândit să ofere computere unităţilor educative ce integrează copii cu cerinţe speciale. Percepţia donatorilor este că au oferit o soluţie valoroasă, dar, neţinând cont de aspectul compatibilităţii tehnologiei cu trebuinţele personale, ea poate fi puţin eficientă. Găsirea computerului corespunzător este dificilă şi nu trebuie neglijată.

În contextul multiplelor modificări introduse de conceptul educaţiei integrate, s-a conturat o abordare mai largă şi mai flexibilă asupra educaţiei speciale, dispărând limita dintre educaţia specială şi cea recuperatorie. Potrivit acestei abordări, se admite că aproximativ 20% dintre copii au nevoie de ajutor educaţional special într-o anumită etapă din viaţa şcolară, iar acest ajutor poate lua forme diferite: acces la un anumit program de studiu, la echipament special sau tehnici speciale de învăţare, modificarea programului de studiu sau acordarea unei atenţii speciale climatului psihosocial al învăţării.

Conceptul de *cerinţe educaţionale speciale* (CES), recomandările privind evaluarea şi informaţiile înregistrate cu privire la persoanele cu dizabilităţi oferă un cadru pentru asigurarea echipamentului corespunzător satisfacerii tuturor necesităţilor importante ale acestor persoane. Pentru a rezolva dificila problemă a adecvării tehnologiei la persoană, se înfiinţează centre speciale pentru copii şi adulţi care pot oferi consiliere, evaluare, programe de pregătire prin intermediul unor persoane specializate.

Alegerea unui *soft* educaţional/program eficient presupune ca profesorul să găsească răspunsuri la următoarele întrebări (Hawkridge şi Vincent, 1992):

1. Programul respectiv dezvoltă o competenţă la cel care îl foloseşte? Îl ajută pe utilizator să realizeze ceva ce-şi doreşte şi n-ar putea în alt mod?
2. Programul răspunde obiectivelor din programul educaţional individualizat? Poate el oferi acces la curriculum?
3. Programul respectiv oferă indicii şi întărire adecvată? Programele care sugerează simplu acestor elevi „încearcă încă o dată” sau care nu răspund deloc atunci când elevul dă un răspuns greşit nu sunt eficiente. Pentru copiii cu CES este nevoie de un feedback personalizat pentru a se atinge obiectivele urmărite.
4. Programul este adaptabil? Dacă programul este cu adevărat adaptabil, elevii îl vor folosi în rezolvarea problemelor lor, iar profesorii îl vor folosi pentru diferiţi elevi. În general, aceste programe ar trebui să permită elevilor cu dizabilităţi fizice să folosească întrerupătorul/comutatorul sau jocurile la o viteză mai mică decât cea obişnuită, iar celor cu dizabilităţi vizuale, să folosească un sintetizator de voce.
5. Este textul programului, pe ecran şi imprimat, suficient de mare şi clar? În general, profesorii ce lucrează cu copiii cu CES critică programele ce folosesc caractere mici şi fără culori, formele mari şi distinctive pe ecran fiind esenţiale pentru succesul învăţării la cei cu dizabilităţi.
6. Este programul uşor de folosit? Pentru utilizarea sa trebuie memorate multe comenzi? Dacă pentru folosirea unui anumit program e nevoie să se parcurgă în prealabil un manual, atunci utilizatorii cu dificultăţi în învăţare nu pot beneficia de el pentru a progresa.

Experienţa a demonstrat însă că şi atunci când programul potrivit este disponibil, aceasta nu garantează că exclusiv performanţele tehnice ale computerului pot ajuta orice elev. De aceea, experţii recomandă şi folosirea uneia dintre strategiile următoare: abordarea multisenzorială, repetarea frecventă, modelarea comportamentului dorit, scurte recapitulări zilnice, vizualizarea, listele de control, prezentarea doar a informaţiei necesare şi utile.

Întrebări şi teme de reflecţie

- Exprimaţi-vă un punct de vedere personal cu privire la utilizarea computerului în activităţile educativ-recuperatorii desfăşurate cu persoanele care prezintă diferite tipuri de dizabilităţi.
- Care sunt tendinţele pe plan mondial în elaborarea de *soft*-uri educaţionale care să favorizeze adaptarea şi integrarea şcolară a elevilor cu dizabilităţi?
- Prezentaţi câteva modalităţi concrete de valorificare a tehnologiilor informatice şi a *soft*-urilor educaţionale, în diferite arii curriculare, pentru elevii cu dizabilităţi.
- Care sunt criteriile utilizate în selectarea unui *soft* educaţional eficient pentru elevii cu dizabilităţi?

CAPITOLUL 14

Instrumente şi moduri de activitate/intervenţie în serviciile de asistenţă psihopedagogică

În activitatea curentă din domeniul psihopedagogiei speciale se utilizează o serie de instrumente, teste, grile şi inventare de itemi cu relevanţă în depistarea sau diagnosticarea unor tulburări, întârzieri de evoluţie şi dezvoltare sau pentru calculul unor coeficienţi şi indicatori care ar putea susţine sau orienta diagnosticul psihopedagogic.

În acest capitol ne-am propus să prezentăm câteva dintre instrumentele utilizate de profesionişti sau să-i orientăm către terţe surse de accesare a altor teste şi instrumente uzuale; în acelaşi timp, sunt oferite şi câteva repere în structurarea programelor/ activităţilor de intervenţie, prin însuşi conţinutul itemilor şi structurarea lor pe domenii de dezvoltare sau niveluri de performanţă la anumite categorii de vârstă.

Nu de puţine ori, am întâlnit în rândul practicienilor anumite stereotipuri în utilizare şi prejudecăţi cu privire la valoarea anumitor instrumente sau teste (în special cele pentru evaluarea nivelului intelectual) care erau cele mai cunoscute şi mai des aplicate (acestea constituind categoria instrumentelor „de primă mână”[1]); erau ignorate sau marginalizate alte tipuri de instrumente ori probe de investigaţie (catalogate în mod abuziv ca fiind „de mâna a doua”) care solicită anumite calităţi sau un efort mai mare în aplicare şi care de multe ori au o relevanţă diagnostică majoră. Din acest motiv, am propus în prezentul capitol instrumente mai puţin utilizate de majoritatea specialiştilor, dar care îşi au valoarea demonstrată în cunoaşterea şi evaluarea copiilor/adulţilor cu dizabilităţi sau cerinţe educative speciale.

De asemenea, este cunoscut faptul că la persoanele cu dizabilităţi, pe de o parte, manifestările psihice se concretizează adesea în răspunsuri directe la situaţiile stimulative (ceea ce, în aparenţă, facilitează cunoaşterea şi evaluarea vieţii lor psihice), iar pe de altă parte, ele au mai puţine posibilităţi de a recepţiona stimuli din mediul înconjurător şi de a elabora răspunsuri cantitative şi calitative (ceea ce face dificilă analiza de ansamblu a expresiei psihice). Din această perspectivă, cunoaşterea psihopedagogică a persoanei

---

1. Majoritatea specialiştilor implicaţi în activităţi de evaluare a copiilor cu dizabilităţi apelează cu precădere la teste ca: *Reaven Color*, *Testul Binet*, probe din *WISC* (probele verbale sau cele care nu solicită prea mult timp pentru aplicare), câteva teste bazate pe desen sau pe completare de construcţii verbale şi alte câteva probe „de rezervă”; restul informaţiilor necesare pentru evaluarea copiilor se deduc adesea în virtutea haloului sau „ochiometric”, ceea ce determină un grad accentuat de subiectivitate şi superficialitate în formularea unui diagnostic, cu consecinţe şi asupra programelor de recuperare şi intervenţie terapeutică.

devine un proces dificil şi pretenţios care solicită aplicarea unui set de instrumente şi probe diverse, atractive şi cu o valoare diagnostică mare. Prin urmare, activitatea de evaluare şi intervenţie în cazul persoanelor cu dizabilităţi presupune din partea specialiştilor rigoare, eficienţă, absenţa rutinei şi prejudecăţilor în raport cu anumite categorii de instrumente şi dezvoltarea unor strategii flexibile de acţiune care să poată fi adaptate la fiecare persoană în parte.

14.1. Structura/conţinutul psihomotricităţii

Componentele respective au fost sintetizate după cum urmează (adaptare după Păunescu şi Muşu, 1990) :

- **Organizarea şi coordonarea motorie generală. Abilitatea motrice generală**

1. *Mişcările fundamentale* :
   a) gestul rectiliniu – mişcări de translaţie (determinate în spaţiu şi timp) de tip orizontal (stânga-dreapta, înainte-înapoi), de tip vertical (sus-jos), în ambele sensuri, cu menţinerea direcţiei şi a vitezei de execuţie ;
   b) gestul rotativ – mişcări de rotaţie (determinate în spaţiu şi timp) de la stânga spre dreapta sau invers, din interior spre exterior sau invers, cu menţinerea distanţei faţă de axul central (mobil sau fix) ;
   c) gestul scripturo-plastic – mişcări variate, complexe, cu direcţii multiple şi amplitudine mică (scris-desenat, sculptură, pirogravură etc.) ;
   d) gestul polimorf – mişcări variate, complexe, pluridirecţionale, cu amplitudine mare ;
   e) gesturile de oscilaţie a capului – balansarea capului înainte-înapoi, între limite determinate şi într-un ritm dat.
2. *Capacităţi fizice* :
   a) forţa – capacitatea de a executa diferite mişcări în condiţii de performanţă psihomotrice şi care solicită intensităţi diferite de efort ;
   b) apăsarea – capacitatea de a deplasa/împinge obiectele în direcţia dorită prin exercitarea unei forţe asupra acestora ;
   c) dozarea efortului ;
   d) viteza mişcării ;
   e) amplitudinea mişcării ;
   f) agilitatea mişcării – capacitatea de a executa rapid mişcările prin realizarea unui timp de reacţie scurt între stimuli şi răspuns ;
   g) precizia statică şi dinamică a mişcării ;
   h) îndemânarea – capacitatea de a alege dintr-o serie de mişcări posibile pe cele mai adecvate ca eficienţă şi productivitate ;
   i) flexibilitatea şi fluiditatea mişcării ;
   j) coordonarea mişcării – capacitatea de a executa, în acelaşi timp, după o anumită schemă de lucru, două sau mai multe mişcări, în condiţii de performanţă psihomotrice ;
   k) rezistenţa la efort ;
   l) automatizarea mişcării – capacitatea de a executa mişcări performante fără necesitatea dirijării lor conştiente.

3. *Mişcări fundamentale ale membrelor şi ale diferitelor segmente ale corpului*:
   a) mişcările membrelor superioare;
   b) mişcările membrelor inferioare;
   c) mişcările care implică două sau mai multe mutaţii corporale (deget-mână, braţ-picior, ansamblul corpului);
   d) coordonarea motorie (oculo-manuală, auditiv-manuală, mână-ochi-picior, mână-picior-ochi-ureche).
4. *Activitatea motrice de manipulare; comportamentul nonverbal*:
   a) manipulare pe bază de imitaţie spontană;
   b) manipulare pe bază de imitaţie observabilă;
   c) manipulare pe bază de comenzi verbale;
   d) manipulare pe bază de selecţie şi discriminare a mişcărilor în vederea realizării unui comportament adecvat;
   e) manipulare în scop de asamblare;
   f) mânuirea instrumentelor şi aparatelor (mijloace didactice);
   g) manipulări prin modificarea voluntară a mişcărilor;
   h) capacitatea de valorificare a mişcărilor automatizate prin crearea de noi scheme de mişcare.
5. *Activitatea motorie şi limbajul; comportamentul verbal*:
   a) mişcările organelor fonatorii şi producerea sunetelor;
   b) asocierea sunet-cuvânt, coordonarea sunetelor în cuvinte şi în mesaje cu semnificaţie;
   c) coordonarea sunet-gest;
   d) coordonarea mişcărilor ochilor (progresiv stânga-dreapta);
   e) coordonarea mişcărilor fine ale degetelor solicitate de actul grafic.
6. *Activitatea motorie şi afectivitatea*:
   a) comunicarea de atitudini prin gesturi;
   b) comunicarea de sentimente prin gesturi;
   c) comunicarea de emoţii prin gesturi.

• **Organizarea conduitelor şi structurilor perceptiv-motrice**

1. *Organizarea schemei corporale şi lateralitatea*:
   a) conştientizarea propriei scheme corporale – recunoaşterea şi denumirea diferitelor părţi ale propriului corp (identificare, discriminare, operare);
   b) reprezentarea statică şi dinamică a schemei corporale;
   c) reprezentarea mintală a acţiunilor;
   d) coordonarea mintală a acţiunilor;
   e) cunoaşterea digitală;
   f) recunoaşterea şi denumirea diferitelor părţi ale corpului partenerului (identificare, discriminare, operare);
   g) descentralizarea spaţio-senzorio-motrice – realizarea mişcărilor aşa cum sunt percepute de subiect şi după intenţia partenerului;
   h) relaţia dintre corp şi mediu – recunoaşterea şi denumirea poziţiilor obiectelor în raport cu corpul;
   i) recunoaşterea şi denumirea poziţiilor obiectelor între ele;
   j) relaţia dintre corp şi obiecte reprezentate imagistic (planşă, desen, schemă);
   k) dominanţa cerebrală.

2. *Conduita şi structura perceptiv-motrice de culoare* :
   a) identificarea culorilor ;
   b) discriminarea culorilor ;
   c) operare-clasificare a culorilor.
3. *Conduita şi structura perceptiv-motrice de formă* :
   a) identificarea formelor ;
   b) discriminarea formelor ;
   c) operare-clasificare a formelor.
4. *Orientarea-organizarea şi structurarea spaţială* :
   a) *capacităţi perceptive* :
      – discriminare kinestezică – aptitudinea de a avea conştiinţa propriului corp, a poziţiei în spaţiu şi a relaţiei cu mediul ;
      – percepţia spaţială a poziţiilor, direcţiilor şi mărimilor ;
      – orientarea în spaţiul bidimensional şi tridimensional ;
      – discriminarea vizuală – capacitatea de a percepe şi diferenţia obiectele din mediul înconjurător pe baza mişcărilor oculare (capacitatea de a urmări cu privirea, de a cuprinde un spaţiu delimitat şi de a coordona mişcările ochilor), acuităţii vizuale (capacitatea de percepere şi discriminare), memoriei vizuale, discriminării fond-formă şi constanţei percepţiei ;
      – discriminarea auditivă – capacitatea de a percepe şi diferenţia sunetele produse de diferite obiecte, instrumente, vocea umană etc. pe baza acuităţii auditive (capacitatea de a recepta şi discrimina sunetele după intensitatea şi amplitudinea vibraţiilor), orientării auditive (capacitatea de a distinge sursa şi direcţia unui sunet) şi memoriei auditive ;
      – discriminarea tactilă ;
   b) *conduita perceptiv-motrice de spaţiu* :
      – conduita perceptiv-motrice de spaţiu în domeniile : spaţiul fizic, al obiectelor, faptelor ; spaţiul evenimentelor, social ; spaţiul cognitiv, al simbolurilor, conceptelor, ideilor ;
      – conduita perceptiv-motrice de spaţiu în câmpul lexic, grafic, câmpul de configuraţie a mulţimilor, câmpul de muncă ;
      – conduita de direcţie într-un câmp spaţial : stânga-dreapta, înainte-înapoi, sus-jos ;
      – formarea zonelor de spaţiu : zona apropiată, zona semiapropiată (intermediară), zona îndepărtată, zona foarte îndepărtată ;
      – aptitudinile spaţiale speciale : proiecţia spaţială, discriminarea distanţelor, transpunerea grafică (segmente de dreaptă, grafisme, figuri geometrice, simboluri etc.), proiectarea în spaţii structurate diferit (de exemplu, reducerea la scară).
5. Orientarea (organizarea) şi structurarea spaţio-temporală :
   a) raportarea timpului la propria persoană/experienţă ;
   b) discriminarea succesiunii cronologice ;
   c) discriminarea duratei evenimentelor, acţiunilor, proceselor ;
   d) discriminarea ritmului, a intervalului ;
   e) transpunerea în timp a spaţiului şi invers.

• **Organizarea acţiunilor**

1. *Organizarea mişcărilor în acţiuni şi eficienţa acestora*:
   - descompunerea acţiunilor în acte motrice, secvenţe.
2. *Deprinderile de lucru*:
   - deprinderile elementare de mânuire;
   - deprinderile operaţionale şi ale ciclurilor;
   - integrarea subrutinelor în comportamente noi, adaptarea rutinelor la situaţii noi, transferuri de deprinderi operaţionale.

14.2. Ghidul Portage pentru educaţie timpurie

• *La 1 an*:
- se târăşte ☐
- foloseşte pensa digitală pentru a ridica un obiect ☐
- apucă cu mâna din poziţia târâş ☐
- stă în picioare cu sprijin minim un minut ☐
- scoate obiectele dintr-un recipient prin răsturnare ☐
- întoarce paginile unei cărţi, mai multe o dată ☐
- bate din palme ☐
- face câţiva paşi fără ajutor ☐

• *La 2 ani*:
- trasează linii ☐
- merge independent ☐
- coboară scările „de-a buşilea" ☐
- se dă în balansoar ☐
- rostogoleşte o minge ☐
- aşază 4 inele pe un suport vertical ☐
- face un turn din 3 cuburi ☐
- împinge sau trage o jucărie după el ☐
- se apleacă pentru a ridica un obiect ☐
- se ridică fără să se dezechilibreze ☐

• *La 3 ani*:
- înşiră 4 mărgele pe un şiret în 2 minute ☐
- răsuceşte butoane sau mânere ☐
- sare pe loc cu ambele picioare o dată ☐
- merge cu spatele înainte ☐
- coboară treptele cu ajutor ☐
- aruncă mingea la o distanţă de 1,5 m ☐
- construieşte un turn din 5-6 cuburi ☐
- întoarce pagina una câte una ☐
- despachetează un obiect mic ☐
- împătureşte o hârtie în două ☐
- desface şi îmbină jucării de asamblat ☐
- deşurubează jucării cu filet ☐
- face biluţe din plastilină ☐

- apucă creionul între degetul mare şi arătător, sprijinindu-l pe mijlociu ☐
- face o tumbă cu ajutor ☐

• *La 4 ani*:

- bate cu ciocanul 5 piese cilindrice fixate într-un suport ☐
- completează un incastru cu 3 forme ☐
- taie cu foarfecele ☐
- sare de la o înălţime de aproximativ 10 cm ☐
- loveşte mingea cu piciorul în timp ce aceasta se rostogoleşte spre el ☐
- merge pe vârfuri ☐
- aleargă 10 paşi cu mişcări ale braţelor coordonate alternativ ☐
- pedalează pe tricicletă ☐
- se dă în leagăn ☐
- urcă scările alternând picioarele ☐
- merge în pas de marş ☐
- prinde mingea cu ambele mâini ☐
- taie de-a lungul unei linii drepte lungi de 20 cm cu abateri de 0,5 cm ☐

• *La 5 ani*:

- stă într-un picior fără sprijin 4-8 secunde ☐
- aleargă, schimbă direcţia ☐
- merge pe bârnă în echilibru ☐
- sare peste o sfoară întinsă înaltă de 50 cm ☐
- sare înapoi de 6 ori ☐
- modelează forme din plastilină şi le asamblează ☐
- decupează de-a lungul unei linii curbe ☐
- înşurubează şi deşurubează ☐
- coboară scările alternând picioarele ☐
- pedalează tricicleta, întoarce la colţ ☐
- sare într-un picior de 5 ori succesiv ☐
- decupează un cerc cu diametrul de 5 cm ☐
- desenează imagini simple ☐
- decupează şi lipeşte forme simple ☐
- scrie litere de tipar mari, disparate, la întâmplare ☐

Notă:

Acest inventar de abilităţi oferit de Portage poate fi uşor identificat de către orice persoană care se ocupă cu creşterea şi educarea copiilor (se bifează prezenţa comportamentului). Ghidul poate constitui atât un instrument de evaluare a achiziţiilor motrice ale copiilor la un moment dat, cât şi un model de proiectare a programelor individuale de recuperare.

În diagnosticarea precoce, cunoaşterea stadiilor de dezvoltare neuromotorie constituie un element de bază şi un punct de pornire indispensabil, deoarece bazele acesteia se pun în primele luni după naştere, iar procesul de educare începe prin dirijarea primelor manifestări motorii – mişcările organice şi instinctive, reflexe şi expresive şi, mai ales, cele de creştere sau impulsive.

14.3. Scala Ozeretzki de evaluare a dezvoltării motrice

Scala Ozeretzki (perioada de vârstă 4-13/14 ani) stabileşte gradul de dezvoltare normală a mişcărilor (motricităţii). Ea operează cu conceptul de vârstă motrice sau vârstă a motricităţii şi realizează evaluarea gradată a normalităţii dezvoltării motrice de la 4 la 14 ani. Cuprinde câte şase probe pentru fiecare an, diferenţiate pentru fete şi băieţi. Mişcările se realizează la comanda verbală a evaluatorului, iar evaluarea se face ca în testele clasice Binet-Simon, adică se calculează întârzierea sau avansul vârstei motrice care se raportează la vârsta cronologică. În anumite situaţii, scala poate pune în evidenţă aptitudini motrice specifice activităţilor sportive.

• *Mod de administrare*

Probele sunt aplicate copiilor conform vârstei lor cronologice (copiilor de 4 ani li se aplică probele pentru 4 ani, celor de 5 ani li se aplică probele pentru 5 ani etc.). *Vârsta cronologică se stabileşte în funcţie de numărul de luni* ; spre exemplu, în cazul în care copilul are 4 ani şi 4 luni, se aplică probele specifice vârstei de 4 ani, iar dacă are 4 ani şi 7 luni, se aplică probele specifice vârstei de 5 ani. Altfel spus, vârsta cronologică se fixează în funcţie de numărul de luni în plus ; dacă subiectul a depăşit cu până la 6 luni anii cronologici, i se aplică proba pentru anii respectivi (în exemplul nostru, 4 ani) ; dacă a trecut de 6 luni, se încadrează în anul cronologic următor (în exemplul nostru, 5 ani) şi i se aplică proba pentru 5 ani.

Evaluarea începe cu probele corespunzătoare vârstei cronologice a subiectului ; *probele reuşite se notează cu „+", probele nereuşite se notează cu „-".*

Când un subiect nu trece toate probele fixate pentru vârsta sa cronologică, i se va aplica setul de probe fixate pentru vârsta imediat inferioară. Spre exemplu, dacă are vârsta cronologică de 5 ani şi nu reuşeşte să rezolve toate probele fixate pentru această vârstă, copilului i se vor aplica probele fixate pentru vârsta de 4 ani ; dacă are vârsta cronologică de 8 ani şi nu reuşeşte să rezolve toate probele fixate pentru această vârstă, i se vor aplica probele fixate pentru vârsta de 7 ani ; dacă nici pe acestea nu le reuşeşte în totalitate, i se vor aplica probele fixate pentru vârsta de 6 ani etc., până când va ajunge să rezolve în totalitate probele fixate pentru o anumită vârstă inferioară.

Dacă toate probele fixate pentru o anumită vârstă sunt notate cu „+" şi doar o singură probă cu 1/2 „+", se va trece la aplicarea probelor vârstei următoare. Spre exemplu, dacă subiectul are vârsta cronologică de 4 ani şi se află în situaţia explicată anterior, i se vor aplica în continuare probele fixate pentru vârsta de 5 ani. În această situaţie, pentru probele de până la 10 ani inclusiv, fiecare „+" obţinut de subiect la probele superioare vârstei lui cronologice se echivalează cu 2 luni vârstă motrice şi fiecare 1/2 „+" se echivalează cu o lună vârstă motrice. Examinarea se întrerupe atunci când subiectul nu reuşeşte să rezolve nici o probă din setul de probe fixat pentru o anumită vârstă.

Vârsta motrice se determină astfel : se ia ca bază vârsta pentru care au fost rezolvate toate probele, la care se adaugă toate plusurile obţinute la probele celorlalte vârste. Spre exemplu, presupunem că subiectul are vârsta cronologică de 5 ani şi a rezolvat toate probele fixate pentru 5 ani. Aplicăm probele de la 6 ani şi reuşeşte să le rezolve pe toate. Aplicăm şi probele de la 7 ani, unde reuşeşte două probe cu „+" şi o probă cu 1/2 „+".

Mai departe nu reuşeşte să rezolve nici o probă dintre cele fixate pentru de 8 ani. Vârsta motrice este de 6 ani (reprezintă anul la care a reuşit toate probele), la care se adaugă 5 luni (echivalentul probelor rezolvate pentru 7 ani). În concluzie, copilul are vârsta cronologică de 5 ani şi vârsta motrice de 6 ani şi 5 luni. Pentru probele fixate pentru vârste mai mari de 10 ani se aplică următoarea regulă : pentru subiecţii sub 12 ani, o probă reuşită pentru 11-12 ani, respectiv 13-14 ani, va fi notată cu „2+" dacă s-a reuşit cu ambele membre şi cu „+" dacă s-a reuşit cu un membru.

Semnificaţia rezultatelor este următoarea :

- întârziere motrice uşoară - atunci când avem o întârziere de 1-1,5 ani ;
- deficienţă motrice - întârziere de 1,5-3 ani ;
- deficienţă motrice severă - întârziere de 3-5 ani ;
- deficienţă motrice profundă - întârziere de peste 5 ani.

• *Materiale necesare pentru aplicarea scalei*

- 20 de piese, fiecare cu un diametru de 2 cm (de tipul unor monede, nasturi etc.) ;
- o cutie de carton cu dimensiunile de 15/15 cm ;
- foi de hârtie cu dimensiunile de 5/5 cm ;
- o bobină cu aţă ;
- o cutie cu chibrituri (minimum 40 de beţe) ;
- o minge de cauciuc, cu diametrul de 8 cm ;
- un panou cu dimensiunile de 25/25 cm ;
- o coardă de 2,5-3 m lungime ;
- foi de hârtie pe care sunt desenate labirinturi cu dimensiuni de 15 cm (vezi modelul din Anexa 30) ;
- un pachet de cărţi (36 de cărţi de joc) ;
- un foarfece ;
- o foaie de hârtie pe care sunt desenate cercuri concentrice ;
- o carte (7/9 cm) ;
- două punctatoare cu vârf metalic ascuţit ;
- o bucată de fetru (pâslă) ;
- foi de hârtie subţire/transparentă ;
- un creion ;
- foi de carton de dimensiunea unei pagini A5 care prezintă 100 de cercuri realizate cu perforatorul (vezi modelul din Anexa 30) ;
- o riglă cu baza de 2 cm şi lungimea de 40-45 cm.

• *Probele pentru 4 ani*

1. Copilul stă cu ochii închişi, în picioare, cu mâinile întinse pe lângă corp, picioarele în linie dreaptă, unul înaintea celuilalt, în aşa fel încât călcâiul piciorului drept să atingă vârful piciorului stâng ; durata - *15 secunde*. Proba nu este reuşită dacă subiectul balansează sau deplasează corpul. Este permisă o a doua încercare.
2. Copilul stă cu ochii închişi, atinge vârful nasului cu indexul mâinii drepte şi apoi cu cel al mâinii stângi. Proba nu este reuşită dacă atinge alt loc sau dacă, înainte de a atinge nasul, atinge alt loc. Pentru fiecare mână se permit câte trei încercări, dintre care cel puţin două trebuie să fie reuşite.

3. Săritul cu ambele gambe uşor îndoite la nivelul genunchiului, fără a se lua în considerare înălţimea saltului; durata – *5 secunde* pentru cel puţin 7-8 sărituri. Testul nu este reuşit dacă nu sare cu ambele picioare în acelaşi timp, dacă nu cade pe vârfuri, ci pe genunchi.
4. Depunerea a 20 de piese într-o cutie cu maximum de viteză (cu dreapta la dreptaci şi cu stânga la stângaci). Cutia de carton are dimensiunile de 15/15 cm şi este aşezată în faţa copilului la o distanţă egală cu aceea de la cot la vârful degetului mijlociu. Piesele au un diametru de 2 cm şi se aşază în linie, înaintea cutiei, la 5 cm una de alta. La semnal, copilul depune piesele în cutie, câte una, cât de repede posibil, începând de la orice margine şi în orice ordine, dar fără a fi aruncate; durata – *15 secunde*. Proba nu este reuşită dacă nu depune toate piesele în cutie.
5. Descrierea în spaţiu a unor circumferinţe cu indexul celor două mâini, braţele fiind întinse orizontal. Mărimea circumferinţei poate fi aleasă, dar trebuie să fie egală pentru ambele mâini. Braţul drept va descrie circumferinţa în sensul acelor de ceasornic, cel stâng în sens invers; durata – *10 secunde*. Proba nu este reuşită dacă nu sunt forme regulate, dacă circumferinţele sunt descrise în acelaşi sens sau dacă una este mai mică şi alta mai mare. Sunt permise trei încercări.
6. Evaluatorul întinde mâna spre subiect spunându-i să o strângă cu putere, cu ambele mâini, pe rând. În acest timp se observă dacă mişcarea de strângere se generalizează la alte grupe şi zone de muşchi (închiderea mâinii opuse, contractarea feţei, încreţirea frunţii, deschiderea gurii, strângerea buzelor).

• *Probele pentru 5 ani*

1. Copilul stă în picioare, pe vârfuri, cu ochii deschişi, mâinile întinse pe lângă corp, gambele apropiate, călcâiul şi vârfurile picioarelor trebuie să se atingă; durata – *10 secunde*. Proba nu este reuşită dacă subiectul părăseşte locul sau atinge solul cu călcâiele. Flexiunea genunchilor, balansarea corpului, înălţarea şi coborârea pe vârful picioarelor nu se interpretează ca un eşec, dar se notează în protocol. Se permit trei încercări.
2. Se dă subiectului o foaie de hârtie cu dimensiunile de 5/5 cm şi i se cere să o facă mototol cu degetele mâinii drepte întoarse cu podul palmei în jos. Se interzice intervenţia mâinii opuse. După 15 secunde se face acelaşi lucru şi cu mâna stângă; durata – *15 secunde* pentru acţiunea cu mâna dreaptă şi *20 secunde* pentru acţiunea cu mâna stângă, la dreptaci, şi invers, la stângaci. Proba nu este reuşită dacă se depăşeşte timpul fixat sau dacă mototoalele nu sunt destul de compacte. Proba este cotată cu „+" când este realizată cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" când este reuşită cu o singură mână (se notează care). Se permit câte două încercări pentru fiecare mână.
3. Cu ochii deschişi, subiectul sare într-un picior, în linie dreaptă, pe o distanţă de 5 m. Gamba opusă este flexionată pe genunchi în unghi drept şi cu mâinile de-a lungul coapsei. Copilul începe să sară la semnal, iar la capătul celor 5 m pune gamba flexionată jos pe sol. După 30 de secunde se reia cu celălalt picior. Nu se ţine seama de timp. Proba nu este reuşită în cazul când copilul deviază de la linia dreaptă mai mult de 50 cm, dacă atinge solul cu cealaltă gambă, dacă balansează braţele. Proba se notează cu „+" dacă a fost realizată cu ambele gambe şi cu 1/2 „+" dacă a fost realizată cu o singură gambă (se notează care). Se permit câte două încercări pentru fiecare gambă.

4. Depănarea unui fir de aţă pe o bobină ; subiectul ţine în mâna stângă un capăt al bobinei de care atârnă un fir de 2 m, prinde firul între policele şi indexul drept şi la semnal îl deapănă pe bobină cu maximum de viteză. Procedează apoi la schimbarea mâinii. În timpul acţiunii, mâna care susţine bobina trebuie să stea nemişcată ; dacă descrie şi ea mişcări circulare, atunci se întrerupe examenul pentru a-l reîncepe. Pentru cei evident retardaţi este permis să se susţină cu mâna în care au bobina ; durata – *15 secunde* pentru acţiunea cu mâna dreaptă şi *20 secunde* pentru acţiunea cu mâna stângă, la dreptaci, şi invers, la stângaci. Proba este nereuşită dacă se depăşeşte timpul fixat. Se notează cu „+" dacă este executată cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" dacă este executată doar cu o mână (se notează care).
5. Subiectul este aşezat înaintea unei mese şi în faţă i se pune o cutie de chibrituri (la o distanţă de la care o poate atinge uşor cu braţul îndoit la nivelul cotului). La stânga şi la dreapta cutiei se aşază vertical câte 10 beţe de chibrit (la distanţă de un băţ de chibrit faţă de cutie), unul în faţa celuilalt. La semnal se cere să ia simultan, între index şi police, câte un băţ de chibrit şi să le aşeze simultan în cutie ; durata – *20 secunde*. Proba nu este reuşită dacă subiectul, în 20 de secunde, a luat mai puţin de 5 beţe de chibrit cu fiecare mână (chiar dacă numărul este egal pentru fiecare mână), dacă mişcările braţelor nu sunt simultane (chiar dacă de fiecare parte s-au luat un număr egal de chibrituri). Pentru notarea probei se face următorul raport : la numărător, numărul de chibrituri rămase la dreapta, iar la numitor, numărul celor rămase la stânga. Pentru ca proba să fie reuşită, trebuie ca valoarea acestui raport să fie egală cu 1. Este permisă a doua încercare.
6. Subiectul este solicitat să-şi arate dinţii. Proba nu este reuşită dacă face mişcări suplimentare (încreţeşte nările, fruntea sau ridică sprâncenele).

• *Probele pentru 6 ani*

1. Copilul, cu ochii deschişi, stă pe gamba dreaptă, cu gamba stângă îndoită în unghi drept la nivelul genunchiului, cu coapsa stângă paralelă cu cea dreaptă, uşor în abducţie, mâinile întinse pe lângă corp. Dacă gamba stângă este lăsată în jos, se intervine şi se reia poziţia indicată. După 30 de secunde se schimbă piciorul de sprijin (respectiv gamba stângă) ; durata – *10 secunde* pentru fiecare gambă. Proba nu este reuşită dacă subiectul lasă în jos mai mult de trei ori gamba ridicată, dacă atinge o singură dată solul cu gamba ridicată, dacă părăseşte locul, dacă a sărit sau s-a ridicat pe vârful picioarelor, dacă s-a balansat. Se notează cu „+" reuşita cu ambele picioare şi cu 1/2 „+" reuşita cu un singur picior (se notează care). Se permit două încercări pentru fiecare gambă.
2. Subiectul aruncă o minge de cauciuc, cu diametrul de 8 cm, pentru a atinge o ţintă fixă situată la 1,5 m distanţă, la înălţimea capului său, pe un panou cu dimensiunile de 25/25 cm. Mingea este aruncată în linie dreaptă spre panou, fără avânt, cu gamba stângă în faţă, când aruncarea se face cu mâna dreaptă, şi invers ; nu se permit călcâiele unite sau vârfurile picioarelor depărtate. Mingea poate atinge centrul sau latura panoului. Băieţii trebuie să lanseze mingea de trei ori, iar fetele de patru ori. Proba nu este reuşită dacă a atins ţinta mai puţin de două ori cu mâna dreaptă şi niciodată cu mâna stângă (pentru cei cu dominanţa mâinii drepte) şi invers (pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână (se notează care). Nu se reia proba.

3. Subiectul sare cu picioarele înainte, deasupra unei corzi întinse la o înălţime de 20 cm de pământ, fără elan, cu gambele îndoite la nivelul genunchiului. Un capăt al corzii este fixat, iar celălalt este ţinut de o greutate pentru a cădea uşor dacă este atinsă. Subiectul sare de trei ori şi se observă dacă acesta cade pe călcâie sau pe vârfurile picioarelor. Proba este validată dacă din trei sărituri reuşeşte cel puţin două. Proba nu este validată dacă, deşi a sărit coarda, cade sau atinge pământul cu mâinile. Se permite o a doua încercare.
4. Copilul, aşezat în faţa mesei, având dinainte o coală de hârtie tip dictando, cu creionul în mâna dreaptă şi cu braţul sprijinit, este pus să deseneze/traseze, cât de repede posibil, la semnal, linii verticale (pot fi inegale) între liniile orizontale ale foii dictando ; durata – *15 secunde* pentru fiecare mână. Proba nu este reuşită dacă a trasat mai puţin de 20 de linii cu mâna dreaptă şi mai puţin de 12 linii cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Liniile trasate peste şi sub cele orizontale nu se socotesc, dacă depăşesc 3 mm. Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână (se notează care). Se permite o a doua încercare pentru fiecare mână.
5. Copilul, în timp ce merge, ţine în mâna stângă o bobină din care desface un fir pentru a-l depăna pe indexul mâinii drepte. După 5-10 secunde se reia cu schimbarea mâinilor (bobina în mâna dreaptă, cu depănare pe indexul mâinii stângi) ; durata – *15 secunde* pentru fiecare mână. Proba nu este reuşită dacă, în timp ce execută mişcările cu mâinile, schimbă mai mult de trei ori ritmul mersului, dacă se opreşte pentru a desface firul, dacă merge şi uită să desfacă firul, dacă nu execută cu ambele mâini. Pentru fiecare mână se permite o a doua încercare. Se indică în protocol dacă proba este reuşită doar pentru o mână.
6. Se dă subiectului un ciocan şi i se cere să lovească cu el, de mai multe ori, în masă (întâi cu dreapta, apoi cu stânga). Proba nu este reuşită dacă se fac mişcări suplimentare (arată dinţii, încreţeşte fruntea, strânge din buze etc.) sau dacă reuşeşte numai cu o mână. Se permite o a doua încercare.

• *Probele pentru 7 ani*

1. Subiectul, cu ochii deschişi şi mâinile la spate, se aşază pe vârfurile picioarelor unite şi îndoaie trunchiul în unghi drept, fără să îndoaie gambele la nivelul genunchiului ; durata – *10 secunde*. Proba nu este reuşită dacă îndoaie mai mult de două ori gambele, dacă părăseşte locul sau atinge solul cu călcâiele. Nu se acceptă a doua încercare.
2. Subiectul este aşezat la o masă pe care examinatorul a fixat un labirint cu dimensiunile de 15 cm, desenat pe o foaie de hârtie. La semnal, cu creionul ascuţit în mâna dreaptă, subiectul trasează o linie neîntreruptă, de la intrare până la ieşirea din labirint. După 30 de secunde se reia cu mâna stângă ; durata – *1 minut şi 30 de secunde* pentru execuţia cu mâna dreaptă şi *2 minute şi 30 de secunde* pentru execuţia cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Proba nu este reuşită dacă pentru mâna dreaptă linia desenată iese de mai mult de două ori din limitele labirintului şi de mai mult de trei ori pentru mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi) sau este depăşit timpul fixat. Se notează cu „+" execuţia bună cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" execuţia cu o singură mână (se notează care). Se permite a doua încercare pentru fiecare mână.

3. Subiectul, cu ochii deschişi, parcurge în linie dreaptă o distanţă de 2 m. La start, copilul trebuie să pună gamba stângă înaintea celei drepte, călcâiul stâng în faţa piciorului drept, să înainteze în linie dreaptă până la punctul final indicat, punând alternativ călcâiul unui picior în faţa vârfului celuilalt. Timpul nu este standardizat. Proba nu este reuşită dacă subiectul părăseşte linia dreaptă, dacă se balansează sau nu atinge cu călcâiul unui picior vârful celuilalt picior. Sunt permise trei încercări.
4. Subiectul aflat în picioare, în faţa unei mese, are în mână un pachet de cărţi (36 de cărţi de joc). La semnalul examinatorului, le împarte în patru grupuri, în locuri fixate anterior (distanţa dintre grupurile de cărţi este echivalentă cu lungimea unei cărţi de joc). Se permite ca degetul mare de la mâna stângă să pregătească, împingând cartea care urmează a fi distribuită. Cărţile trebuie aşezate una peste alta şi, dacă nu le pune bine de la început, trebuie să i se atragă atenţia şi să le corecteze. Nu se permite umezirea degetelor. Dacă ia două cărţi o dată întrerupem proba şi o reluăm cu mâna stângă ; durata – *35 de secunde* pentru mâna dreaptă şi *45 de secunde* pentru mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Proba nu este reuşită dacă acţiunea de împărţire a cărţilor nu este finalizată în timpul fixat. Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână. Se permite o a doua încercare cu fiecare mână.
5. Subiectul aşezat pe un scaun loveşte alternativ cu piciorul drept şi cu cel stâng, după ritmul ales de el ; în acelaşi timp, descrie în spaţiu, cu indexul mâinii drepte, circumferinţe în sensul acelor de ceasornic ; durata – *15 secunde*. Proba nu este reuşită în cazul în care copilul pierde ritmul, dacă mişcările nu sunt simultane sau dacă nu descrie o circumferinţă. Sunt permise trei încercări.
6. Subiectul este pus să ridice în mod repetat sprâncenele. Proba nu este reuşită dacă copilul face mişcări suplimentare (lasă capul pe spate, încreţeşte nările, încruntă privirea, ţine gura deschisă etc.).

• *Probele pentru 8 ani*

1. Subiectul se aşază cu picioarele încrucişate turceşte, braţele întinse lateral şi ochii închişi, cu vârful picioarelor îndepărtate la o distanţă de un pas şi călcâiele alipite de şezut. La semnalul examinatorului, deschide ochii şi rămâne astfel ; dacă lasă braţele în jos, cerem să le poziţioneze orizontal ; durata – *10 secunde*. Se notează dacă copilul se balansează. Proba nu este reuşită în cazul în care copilul cade, dacă se aşază pe călcâie, dacă lasă braţele jos de trei ori. Sunt permise trei încercări.
2. Extremitatea (pulpa) policelui atinge cu maximum de viteză, unul după altul, celelalte degete ale mâinii, auricularul, inelarul, medianul şi indexul. Acţiunea se face şi în sens invers ; durata – *5 secunde*. Se execută atât cu o mână, cât şi cu cealaltă. Proba nu este reuşită dacă copilul atinge de mai multe ori acelaşi deget, dacă atinge două degete în acelaşi timp, dacă uită să atingă un deget, dacă depăşeşte timpul alocat. Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână (se notează care). Se permite o a doua încercare pentru fiecare mână.
3. Subiectul îndoaie gamba în unghi drept la nivelul genunchiului, cu braţele întinse în prelungirea trunchiului. În faţa sa, la 25 cm de piciorul ţinut pe sol, se aşază o cutie de chibrituri goală. La semnalul examinatorului, copilul, sărind într-un picior, împinge cutia pe o distanţă de 5 m. După un minut se repetă cu celălalt picior. Proba nu este reuşită dacă atinge solul o dată cu gamba care este ridicată, dacă gesticulează,

dacă deplasează 50 cm în afara zonei indicate sau dacă nu atinge cutia. Se notează cu „+" reuşita cu ambele picioare şi cu 1/2 „+" reuşita cu un singur picior (se notează care). Se permit trei încercări.

4. Subiectul trebuie să parcurgă 5 m pentru a atinge o masă pe care sunt aşezate o foaie de hârtie şi o cutie de chibrituri. Din cutie ia patru beţe de chibrit cu care face un pătrat, apoi îndoaie hârtia şi o înapoiază. După explicarea probei, copilul trebuie să enumere acţiunile pe care le are de executat, apoi i se dă semnalul de plecare; durata – *15 secunde*. Proba nu este reuşită dacă ezită în executarea a trei mişcări consecutive sau dacă depăşeşte timpul alocat. Sunt permise trei încercări.
5. Subiectul aflat în poziţia aşezat loveşte alternativ podeaua cu picioarele după un ritm ales de el. Când loveşte podeaua cu piciorul drept, trebuie să lovească simultan cu indexul mâinii drepte masa; durata – *20 secunde*. Proba nu este reuşită dacă pierde măsura, dacă loveşte în acelaşi timp şi cu celălalt picior. Sunt permise trei încercări.
6. Subiectul este solicitat să-şi încreţească fruntea. Proba nu este reuşită dacă face mişcări suplimentare (încreţeşte nările, arată dinţii, ridică comisurile gurii, încrucişează privirea etc.).

• *Probele pentru 9 ani*

1. Subiectul, cu ochii închişi, stă într-un picior, având gamba stângă în unghi drept la nivelul genunchiului, coapsele paralele, uşor în abducţie, mâinile întinse pe lângă corp. După 30 de secunde se reia cu celălalt picior; durata – *10 secunde*. Dacă îşi coboară gamba ridicată, se reia poziţia iniţială. Proba nu este reuşită dacă îşi coboară gamba mai mult de trei ori, dacă atinge o dată solul cu gamba ridicată, dacă părăseşte locul sau dacă sare. Ridicarea pe vârfuri nu se consideră eşec, dar se notează, ca şi balansările sau oscilaţiile corpului. Se notează cu „+" reuşita cu ambele picioare şi cu 1/2 „+" reuşita cu un singur picior (se notează care). Este permisă a doua încercare pentru fiecare gambă.
2. *Băieţi* – Subiectul aruncă o minge de cauciuc la o ţintă fixă situată la 2,5 m depărtare (ca în proba a doua de la 6 ani). Proba este reuşită dacă, din cinci lovituri, subiectul atinge ţinta de cel puţin trei ori cu mâna dreaptă şi de cel puţin două ori cu mâna stângă (pentru cei cu dominanţa mâinii drepte) şi invers (pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână (se notează care). Se acceptă o a doua încercare.

   Fete – Se decupează un cerc, folosind un foarfece în mâna dreaptă şi o foaie de hârtie pe care sunt desenate cercuri concentrice în mâna stângă. La semnal, copilul începe să decupeze; după 30 de secunde execută aceeaşi acţiune cu mâna cealaltă; durata – *1 minut* pentru acţiunea cu mâna dreaptă şi *1 minut şi 30 secunde* pentru acţiunea cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Proba nu este reuşită dacă se depăşeşte timpul alocat. Se admit două devieri pentru execuţia cu dreapta şi trei devieri pentru execuţia cu stânga, dar cu următoarele condiţii: a) deviaţia faţă de linia cercului să nu fie mai mare de 1 mm pentru dreapta şi 2 mm pentru stânga (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi); b) devierea să nu depăşească 8/9 din cerc pentru execuţia cu dreapta şi 5/6 pentru stânga (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Nu se admite reluarea probei.
3. *Băieţi* – Subiectul execută sărituri fără avânt deasupra unei corzi orizontale situate la 40 cm de sol (la fel ca în proba a treia de la 6 ani).

Fete – Subiectul execută săritură fără elan, pe loc, cât mai sus, bătând de trei ori din palme ; trebuie să cadă pe vârfuri. Proba nu este reuşită dacă bate de mai puţin de trei ori din palme şi dacă nu cade pe vârfuri. Se permit trei încercări.

4. Subiectul întoarce, indiferent cu care deget, cât mai repede posibil, filele unei cărţi (7/9 cm) aşezate puţin spre dreapta, pentru a putea mişca uşor braţul îndoit. Proba se întrerupe şi se reia dacă întoarce câte două pagini o dată. Se permite susţinerea cu mâna a foilor întoarse şi umezirea degetelor. Pentru execuţia cu mâna stângă se aşază cartea puţin spre stânga ; la stângaci se începe cu ultima foaie ; durata – *15 secunde* pentru execuţia cu fiecare mână. Proba nu este reuşită dacă a întors mai puţin de 25 de pagini cu mâna dreaptă şi mai puţin de 15 pagini cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână (se notează care). Se permit trei încercări pentru fiecare mână.
5. Subiectul în poziţia aşezat execută bătăi alternative cu piciorul drept şi cu cel stâng, după un ritm propriu ; în acelaşi timp loveşte masa cu indexul de la ambele mâini, simultan cu bătaia piciorului drept ; durata – *20 secunde*. Proba nu este reuşită dacă schimbă ritmul, dacă indexul nu loveşte simultan masa şi dacă nu se loveşte concomitent cu bătaia piciorului drept. Sunt permise trei încercări.
6. Subiectul aflat în poziţia şezând, cu picioarele depărtate de sol, execută flexia şi extensia gambelor cu maximum de viteză. Proba nu este reuşită dacă face mişcări suplimentare (agitarea braţelor, înclinarea trunchiului etc.).

• *Probele pentru 10 ani*

1. Subiectul stă în picioare, pe vârfuri, cu ochii închişi, mâinile întinse pe lângă corp, gambele apropiate ; călcâiul şi vârfurile picioarelor trebuie să se atingă (similar cu proba întâi de la 5 ani) ; durata – *5 secunde*. Proba nu este reuşită dacă părăseşte locul, dacă atinge solul cu călcâiele sau dacă se balansează (o uşoară oscilaţie sau înălţare pe vârfuri nu se consideră eşec). Se permit trei încercări.
2. *Băieţi* – decuparea unui cerc (ca la proba a doua fete de la 9 ani).
   Fete – lovirea unei ţinte (ca la proba a doua băieţi de la 9 ani).
3. *Băieţi* – săritura fără elan (ca la proba a treia fete de la 9 ani).
   Fete – săritura peste coardă (ca la proba a treia de la 6 ani).
4. Subiectul, aşezat la o masă, are în faţă o cutie de 15/15 cm care conţine 40 de beţe de chibrit. La semnalul examinatorului, formează patru grămezi egale situate la colţurile cutiei, luând beţele unul câte unul. Dacă se ridică sau ia câte două beţe, se întrerupe proba şi se reia. După 30 de secunde se execută aceeaşi acţiune cu mâna stângă ; durata – *35 de secunde* pentru execuţia cu mâna dreaptă şi *45 de secunde* pentru execuţia cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Proba nu este reuşită dacă depăşeşte timpul fixat. Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână (se notează care). Se permite o a doua încercare pentru execuţia cu fiecare mână.
5. Se fixează pe masă două foi albe de hârtie (A5), una lângă alta. Subiectul are în fiecare mână câte un creion cu vârful tocit. La semnalul examinatorului, bate simultan cu creioanele pe hârtie imprimând cât mai multe puncte, efectuând mişcările numai din antebraţ şi încheietura mâinii. Punctele imprimate pot fi plasate oricum, dar nu suprapuse ; durata – *15 secunde*. Proba nu este reuşită dacă diferenţa dintre numărul

punctelor de pe fiecare foaie este mai mare de 2 sau dacă a imprimat mai puţin de 50 de puncte cu fiecare mână. Se permite o a doua încercare.

6. Subiectul închide ochiul drept fără a-l închide pe cel stâng. După 5 secunde se inversează acţiunea. Proba nu este reuşită dacă apar şi alte mişcări suplimentare (îşi mişcă şi celălalt ochi sau îl închide, încrucişează privirea, se crispează, coboară comisurile labiale etc.). Se notează cu „+" reuşita cu ambii ochi şi cu 1/2 „+" reuşita cu un singur ochi (se notează care).

• *Probele pentru 11-12 ani*

1. *Băieţi* – Subiectul, stând pe gamba stângă, aşază talpa piciorului drept pe faţa anterioară a genunchiului stâng, braţele pe coapse ; ochii sunt deschişi. După 30 de secunde se schimbă piciorul ; durata – *10 secunde*. Proba nu este reuşită dacă gamba piciorului îndoit pe genunchi cade prea repede, dacă pierde echilibrul sau dacă se ridică pe vârfuri. Se notează cu „+" reuşita cu ambele picioare şi cu 1/2 „+" reuşita cu un singur picior (se notează care). Se acceptă o a doua încercare pentru fiecare gambă.
   Fete – Subiectul, cu ochii deschişi, stă pe vârful unui picior şi îndoaie gamba celuilalt picior în unghi drept, la nivelul genunchiului, ţinând coapsa stângă paralelă cu cea dreaptă, uşor în abducţie, cu braţele pe coapse. Dacă îşi coboară gamba, examinatorul solicită să revină cu ea îndoită în unghi drept. După 30 de secunde se schimbă piciorul ; durata – *10 secunde*. Proba nu este reuşită dacă, după trei corectări succesive privind poziţia gambei îndoite, coboară gamba mai jos sau atinge o dată solul, dacă părăseşte locul sau îndepărtează braţele de coapse, dacă sare sau atinge solul cu celălalt picior. Uşoara balansare sau înălţare pe vârfuri, fără să atingă solul cu călcâiul, nu se interpretează ca eşec, dar se consemnează în protocol. Se notează cu „+" reuşita cu ambele picioare şi cu 1/2 „+" reuşita cu un singur picior (se notează care). Se acceptă o a doua încercare pentru fiecare picior.
2. Subiectul, cu mâinile întinse pe lângă corp, este solicitat să prindă, cu o mână, o minge cu diametrul de 8 cm aruncată de la 3 m. După 30 de secunde se schimbă mâna. Proba nu este reuşită dacă prinde mingea mai puţin de trei ori din cinci aruncări cu mâna dreaptă şi mai puţin de două ori din cinci aruncări cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Mingea se va arunca în viteză şi corect, fără a pune în dificultate subiectul ; în caz contrar, aruncarea se repetă. Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână (se notează care).
3. *Băieţi* – Subiectul execută o săritură de la sol pe un scaun înalt de 45-50 cm, cu elan de la distanţa de 1 m. Evaluatorul susţine scaunul pentru a nu pune în pericol subiectul. Proba nu este reuşită dacă subiectul îşi pierde echilibrul şi coboară imediat sau se sprijină de spătarul scaunului. Se permit trei încercări.
   Fete – Subiectul execută o săritură, cu ambele picioare simultan, în timp ce cu mâinile îşi atinge călcâiele în aer, gambele fiind îndoite în spate din articulaţia genunchiului. Proba nu este reuşită dacă nu a atins călcâiele. Se permit trei încercări.
4. Subiectul, aşezat la masă, ţine în mâna dreaptă, sprijinită pe articulaţia cotului, un punctator cu vârf metalic ascuţit ; pe masă se află o bucată de fetru (pâslă), o foaie de hârtie subţire, transparentă, peste care se suprapune o foaie de carton de dimensiunea unei pagini A5 care prezintă 100 de orificii realizate cu perforatorul. La semnalul evaluatorului începe să străpungă prin orificii, una câte una, cât mai repede

posibil, hârtia aflată sub foaia de carton; durata – *35 de secunde* pentru execuţia cu mâna dreaptă şi *45 de secunde* pentru execuţia cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Proba nu este reuşită dacă străpunge mai puţin de 90 de orificii. Se notează cu „+” reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+” reuşita cu o singură mână (se notează care). Se permite o a doua încercare pentru fiecare mână.
5. Este o situaţie de evaluare similară cu cea de la proba anterioară. Subiectul are în fiecare mână un punctator cu vârf metalic ascuţit. Mâna dreaptă este îndreptată spre orificiul din dreapta-sus al foii de carton, iar mâna stângă spre orificiul din stânga-jos al foii de carton. La semnalul evaluatorului, subiectul va străpunge orificiile din foaia de carton, una câte una, simultan cu ambele mâini; durata – *15 secunde*. Proba nu este reuşită dacă diferenţa între numărul orificiilor străpunse cu fiecare mână este mai mare de 2, dacă numărul cercurilor străpunse cu o mână este sub 20, dacă orificiile obţinute prin perforare se găsesc pe părţile simetrice din dreapta şi stânga foii de carton. Se permite o a doua încercare.
6. Subiectul întinde braţele orizontal înainte, cu coatele îndoite, palma orientată cu faţa în jos. La semnalul evaluatorului, strânge şi desface pumnul, alternativ la cele două mâini, cât mai repede posibil; durata – *10 secunde*. Proba nu este reuşită dacă apar mişcări suplimentare ale muşchilor feţei, dacă deschide şi închide ambele mâini concomitent, dacă ridică braţele sau mişcă din coate. Se permit trei încercări.

• *Probele pentru 13-14 ani*

1. *Băieţi* – Subiectul, cu ochii închişi, efectuează aceleaşi acţiuni ca acelea incluse în proba întâi pentru fete de la 11-12 ani.
Fete – Acţiunea similară cu cea prevăzută la proba întâi pentru băieţi de la 11-12 ani.
2. *Băieţi* – Subiectul, aşezat la masă, cu braţul uşor îndoit la nivelul cotului, cu palma mâinii orientată în sus, întinde indexul pe care pune vertical o riglă cu baza de 2 cm şi lungimea de 40-45 cm. Poate balansa mâna rămasă liberă, poate îndoi trunchiul înainte şi înapoi sau lateral, dar nu are voie să se ridice de pe scaun. După 10 secunde, reia acţiunea cu cealaltă mână; durata – *5 secunde* pentru execuţia cu mâna dreaptă şi *3 secunde* pentru execuţia cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Proba nu este reuşită dacă nu a ţinut rigla în echilibru în timpul fixat sau dacă se ridică de pe scaun. Se notează cu „+” reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+” reuşita cu o singură mână (se notează care). Se permit trei încercări.
Fete – Subiectul aşază extremitatea policelui drept sub indexul stâng şi extremitatea policelui stâng pe indexul drept. La semnalul evaluatorului, subiectul execută alternativ, cu ochii închişi, următoarea succesiune de mişcări: indexul drept părăseşte policele stâng şi descrie o circumferinţă în jurul indexului stâng, pentru ca apoi să atingă iar policele stâng, fără ca indexul stâng să părăsească policele drept. Apoi indexul stâng efectuează aceeaşi mişcare în sens invers, fără ca indexul drept să părăsească policele stâng; durata – *10 secunde*. Proba nu este reuşită dacă mişcările n-au fost executate corect, dacă descrie mai puţin de 10 cercuri în 10 secunde sau dacă nu a putut executa proba cu ochii închişi. Se permit trei încercări.
3. *Băieţi* – la fel ca la proba a treia fete de la 11-12 ani.
Fete – la fel ca la proba a treia băieţi de la 11-12 ani.
4. Pe masă se fixează o coală de hârtie; subiectul are un creion cu vârf tocit în mâna dreaptă, aşezată liberă pe masă, cu braţul uşor sprijinit de corp. La semnalul

evaluatorului, loveşte repede hârtia, efectuând mişcări numai din încheietura mâinii (*taping*). Poate situa punctele unde vrea, dar nu unul peste altul. După un minut reia acţiunea cu mâna stângă ; durata – *15 secunde*. Proba nu este reuşită dacă, în timpul fixat, băieţii fac mai puţin de 100 de puncte cu mâna dreaptă şi mai puţin de 85 de puncte cu mâna stângă, iar fetele fac sub 90 de puncte cu mâna dreaptă şi sub 75 de puncte cu mâna stângă (invers pentru cei cu dominanţa mâinii stângi). Se notează cu „+" reuşita cu ambele mâini şi cu 1/2 „+" reuşita cu o singură mână (se notează care). Se permit câte două încercări.
5. Subiectul, aşezat la o masă, are la stânga lui (la distanţa de 20-25 cm) o cutie de carton şi alături, în dezordine, 20 de piese cu diametrul de 2 cm ; în partea dreaptă, la aceeaşi distanţă, se află o cutie de chibrituri goală şi alături 20 de beţe de chibrit în dezordine. La semnalul evaluatorului, subiectul depune, simultan, cu dreapta un băţ de chibrit şi cu stânga o piesă în cutiile respective ; durata – *10 secunde*. Proba nu este reuşită dacă în cutii nu se află acelaşi număr de obiecte sau în fiecare se află mai puţin de 10 piese, respectiv 10 beţe de chibrit. Se permite o a doua încercare.
6. Subiectul închide alternativ ochiul drept şi pe cel stâng. Proba nu este reuşită dacă a închis mai puţin de cinci ori fiecare ochi, dacă nu închide complet un ochi, dacă sunt prezente şi alte mişcări (privirea crucişă, contractarea feţei, coborârea comisurilor, deschiderea gurii etc.). Se permite o a doua încercare.

14.4. Diagrama dezvoltării psihomotrice

Se realizează pe baza rezultatelor obţinute în urma aplicării unor seturi de itemi/exerciţii care se referă la diferite aspecte ale motricităţii, influenţate şi de nivelul de dezvoltare psihointelectuală. Diagrama se reprezintă pe o grilă alcătuită din şase cercuri concentrice numerotate de la 0 la 5 (vezi Anexa 31). Pe diagramă sunt specificate categoriile de itemi la care se referă sarcinile executate de subiect. În funcţie de notele obţinute, se reprezintă fiecare rezultat în dreptul categoriei de itemi de pe grilă, iar la final se unesc punctele respective şi se obţine un profil care indică particularităţile psihomotrice ale copilului investigat. Vârsta subiecţilor poate fi cuprinsă în intervalul 4/5-13/14 ani.

Exerciţiile sunt destinate în special copiilor/elevilor suspectaţi de deficienţe psihomotrice, sunt reprezentate prin cifre de la 1 la 20 (razele de pe diagramă) şi se împart în patru categorii :

- exerciţiile 1, 2, 3, 6, 9, 12, 15 – corespund exerciţiilor care nu interesează lateralitatea ;
- exerciţiile 4, 7, 10, 13, 16 – corespund exerciţiilor executate cu stânga ;
- exerciţiile 5, 8, 11, 14, 17 – corespund exerciţiilor executate cu dreapta ;
- exerciţiile 18, 19, 20 – corespund unor exerciţii care evidenţiază noi posibilităţi de coordonare.

În ceea ce priveşte aplicarea, evaluarea şi cotarea exerciţiilor, trebuie menţionate următoarele aspecte :

- subiectul va efectua aceste exerciţii pe un covor (2/1 m), într-o ţinută lejeră (tricou şi şort) ;
- când cele două părţi ale corpului sunt solicitate succesiv de exerciţiu, se notează lângă numărul exerciţiului partea cu care subiectul a ales să înceapă execuţia probei ;

la exerciţiile 1 şi 2 se notează sensul rotaţiei (spre dreapta sau spre stânga) ales de subiect pentru a trece din poziţia „culcat ventral" în „culcat dorsal" ;
- exerciţiile 3-11 şi 18-20 efectuate cu un ritm neregulat sunt notate cu o jumătate de punct în plus ; la fel sunt notate şi exerciţiile 13 şi 14, dacă execuţia mişcărilor este însoţită de agitarea mâinilor ;
- exerciţiile 4-11 permit notarea timpului de execuţie ;
- descriptorii prezentaţi în dreptul fiecărei note reprezintă mai degrabă nişte repere şi nu epuizează toate posibilele reacţii/soluţii/mişcări din timpul execuţiei subiecţilor, dar orientează evaluatorul în activitatea sa (de aici şi caracterul oarecum subiectiv al evaluării care poate fi depăşit cu uşurinţă după un număr de aplicaţii) ;
- comenzile se exprimă clar, precis, astfel încât copilul să înţeleagă corect sarcina de executat ; subiectului nu i se demonstrează nimic din ceea ce trebuie să facă, el trebuind să găsească singur răspunsul motor la comanda primită ;
- deoarece unele exerciţii pot fi executate/demarate cu/spre ambele părţi (stânga sau dreapta), comenzile nu trebuie să sugereze/influenţeze alegerea părţii (de exemplu, putem folosi următoarea exprimare : „ridică un picior şi apoi pe celălalt") ; după execuţie se notează în dreptul probei partea aleasă ;
- dacă subiectul execută itemii 1 şi 2 în mai mult de 15-20 de secunde, se poate prognoza că are o serie de probleme în plan psihomotrice ;
- suma rezultatelor la probe oscilează între 0 şi 100, unde 0 este totalul cel mai bun, iar 100 – cel mai rău ;
- diferenţa dintre numărul maxim de puncte (100) şi numărul total de puncte obţinute la finalul exerciţiilor reprezintă coeficientul dezvoltării psihomotrice al subiectului.

Prezentăm în cele ce urmează exerciţile şi scala de cotare :

1. *Motricitate globală* : subiectul, aflat la mijlocul covorului, va executa următoarele succesiuni de mişcări : aşezat, ridicat în picioare, aşezat, culcat pe spate, aşezat, culcat pe faţă, ridicat în picioare etc.
   - 0 – execuţie elegantă, precisă, rapidă, o schemă corporală bună ;
   - 1 – execuţie puţin rapidă, cu uşoare ezitări, dar vioaie ;
   - 2 – execuţie în care apar mişcări parazite, rigide, în care subiectul se ajută mult cu mâinile, dar suficient de vioaie ;
   - 3 – mişcări lente, greoaie ; subiectul confundă uneori faţa cu spatele, dar se corectează singur ;
   - 4 – mişcări mai lente şi mai greoaie ; subiectul se ajută foarte mult cu mâinile, confundă faţa cu spatele, nu se corectează singur ;
   - 5 – mişcări lipsite de eleganţă, cu perioade lungi de aşteptare pentru a reacţiona la comenzi, înţelegere dificilă ; subiectul se lasă să cadă pe covor şi face multe erori ale schemei corporale.
2. *Orientare* : subiectul, stând în picioare pe covor, identifică la solicitarea evaluatorului două direcţii opuse în axul longitudinal al covorului (spre exemplu, fereastra în faţă şi uşa în spate) ; apoi începe să execute următoarele tipuri de comenzi : „culcat pe spate cu capul către fereastră", „aşezat, privind fereastra", „culcat pe burtă cu capul către uşă", „culcat pe spate cu picioarele la fereastră".
   - 0 – execuţii rapide, precise şi bine executate ;
   - 1 – execuţii cu mici ezitări sau erori, imediat corectate, dar bine executate ;

- 2 – subiectul execută bine comenzile, dar are nevoie de câteva secunde până execută mişcările ; câteva erori corectate imediat ;
- 3 – mişcări lente, ezitante ; se opreşte şi stă câteva secunde pentru a realiza comenzile, are erori pe care le corectează singur ;
- 4 – nu identifică bine direcţia, se ridică pentru a schimba direcţia ; mişcări rigide şi lente ;
- 5 – mişcări dezordonate, lipsite de vigoare, multe erori, slabă orientare.

3. *Detenta picioarelor* : subiectul, stând în picioare, execută mai multe sărituri cu picioarele apropiate.
   - 0 – sărituri elegante, vioaie, suple, bine ritmate ;
   - 1 – ritm neregulat al săriturilor ; deplasează lejer picioarele în sensul lungimii săriturii, dar fără ca acestea să fie în contact ;
   - 2 – salturi scurte, joase ; se desprinde însă de sol ;
   - 3 – salturi lente, greoaie, defectuos amortizate, picioarele mai mult depărtate ;
   - 4 – salturi scurte în jurul centrului de greutate ; din numărul total de salturi, puţine sunt efectuate cu picioarele apropiate ; rigiditate a mişcărilor ;
   - 5 – nu poate executa salturi cu picioarele apropiate.

4 şi 5. *Săritura într-un picior* : sare cu un picior în timp ce piciorul celălalt este ridicat ; apoi schimbă piciorul.
   - 0 – sărituri elegante, vioaie, suple, bine ritmate ;
   - 1 – sărituri defectuos amortizate, scurte opriri în timpul săriturilor ;
   - 2 – sărituri prea scurte, lipsite de eleganţă ;
   - 3 – sărituri greoaie, lente, înaintare cu latul piciorului ;
   - 4 – din când în când se sprijină şi pe celălalt picior ; dezechilibrări ;
   - 5 – nu poate executa salturi într-un picior.

6. *Dexteritatea manuală 1* : subiectul trebuie să prindă cu ambele mâini o minge de cauciuc (cu diametrul în jur de 7-8 cm) după ce o face să sară în faţa lui (execută lansarea şi prinderea de mai multe ori).
   - 0 – execuţie rapidă, precisă ; prinde mingea din prima săritură ;
   - 1 – predominanţa unei mâini la lansarea şi la prinderea mingii ;
   - 2 – nu aruncă mingea la sol, ci o lasă să cadă ; îndoaie genunchii pentru a o prinde ;
   - 3 – mişcare lentă sau lansare prea puternică a mingii, prinderea acesteia deasupra sau la coborâre (în stilul „lingură") sau blocarea mingii la corp ;
   - 4 – prinde mingea după ce aceasta a sărit de mai multe ori sau la a doua, a treia coborâre ;
   - 5 – nu reuşeşte să prindă mingea.

7 şi 8. *Dexteritatea manuală 2* : execută acţiunea de la punctul 6 mai întâi cu o mână, apoi cu cealaltă (cu prinderea mingii deasupra).
   - 0 – execuţie rapidă, precisă ; prinde mingea din prima săritură ;
   - 1 – prinde mingea care cade în palmă (în stilul „lingură") şi apoi întoarce mâna ;
   - 2 – prinde mingea cu destulă greutate şi doar „în lingură" ;
   - 3 – prinde mingea la coborâre („în lingură") după unul-două eşecuri la coborâre ;
   - 4 – greşeşte una-două lansări sau se ajută cu cealaltă mână ;
   - 5 – nu reuşeşte să prindă mingea.

9. *Dexteritatea manuală 3* : subiectul, în loc fix, lansează mingea vertical, cu ambele mâini, puţin deasupra capului (aproximativ 1 m) şi apoi o prinde cu ambele mâini, fără a se deplasa de la locul său (execută lansarea şi prinderea de mai multe ori).
   – 0 – lansare verticală şi prindere corectă, execuţii suple, relansare imediată a mingii după prindere ;
   – 1 – predominanţa unei mâini la lansarea şi la prinderea mingii ;
   – 2 – lansare în arc de cerc (în direcţia faţă-spate) care obligă subiectul să facă un pas pentru a prinde mingea şi revenirea în poziţia corectă după două-trei lansări ;
   – 3 – nu are stabilitate într-un loc fix, se deplasează continuu pentru a prinde mingea ; mişcări rigide ;
   – 4 – lansează mingea prea jos (20-50 cm deasupra mâinilor) şi se deplasează pentru a o prinde ;
   – 5 – nu reuşeşte să prindă mingea.

10 şi 11. *Dexteritatea manuală 4* : la fel ca la exerciţiul 9, subiectul aruncă mingea în arc cu o mână şi o prinde cu cealaltă mână.
   – 0 – lansare şi prindere corectă, execuţii suple, relansare imediată a mingii după prindere ;
   – 1 – subiectul se foloseşte uneori de cealaltă mână (în special la prinderea mingii) ;
   – 2 – lansare defectuoasă în direcţia faţă-spate, care obligă subiectul să facă un pas pentru a prinde mingea, şi revenirea în poziţia corectă după două-trei lansări ;
   – 3 – nu are stabilitate într-un loc fix, se deplasează continuu pentru a prinde mingea ; mişcări rigide ;
   – 4 – lansează mingea prea jos (20-50 cm deasupra mâinilor) şi se deplasează pentru a o prinde, foloseşte constant şi cealaltă mână ;
   – 5 – nu reuşeşte să prindă mingea.

12. *Echilibru 1* : subiectului i se cere să se ridice pe vârfuri, simultan pe ambele picioare, apoi să revină cu călcâiele pe sol şi imediat să se ridice din nou pe vârfuri fără a se mişca timp de 10-15 secunde.
   – 0 – echilibru şi supleţe cu călcâiele ridicate, braţele întinse pe lângă corp, fără să le mişte, cu respectarea timpului de 10-15 secunde ;
   – 1 – depărtează gleznele şi le apropie, fără a se mişca de pe vârfuri ; uşoare tremurături ale corpului ;
   – 2 – uşoare mişcări ale braţelor şi balansări ale corpului faţă-spate care dispar după câteva secunde ;
   – 3 – braţele depărtate de corp, uşoară dezechilibrare ; face un pas, apoi revine şi rămâne în poziţie fixă pe vârfuri ;
   – 4 – mişcări mai ample ale braţelor ; îşi pierde din când în când echilibrul, atinge solul cu călcâiele şi apoi revine la poziţia corectă ;
   – 5 – nu reuşeşte să-şi păstreze echilibrul în această poziţie.

13 şi 14. *Echilibru 2* : asemănător cu exerciţiul 12, dar efectuat într-un picior, aproximativ 10 secunde.
   – 0 – echilibru şi supleţe, piciorul ridicat îndoit la nivelul genunchiului în unghi drept, braţele întinse pe lângă corp, cu respectarea timpului de 8-10 secunde ;
   – 1 – se ridică pe vârfuri şi apoi repune călcâiul pentru a controla echilibrul ;
   – 2 – prinde cu mâna piciorul ridicat ;
   – 3 – face câteva sărituri la început, apoi se opreşte în echilibru ;

– 4 – aşază frecvent piciorul ridicat, dar reface din când în când echilibrul ;
– 5 – nu reuşeşte să-şi menţină echilibrul.

15, 16 şi 17. *Echilibru 3* : similar cu exerciţiile 12, 13 şi 14, dar, imediat ce subiectul a luat poziţia de echilibru, i se solicită să închidă ochii ; evaluarea se face după aceleaşi repere prezentate la exerciţiile menţionate anterior.

18. *Coordonare membre superioare 1* : subiectul este aşezat pe covor, culcat pe spate, cu braţele pe lângă corp ; aflat în această poziţie, i se solicită să îndoaie, alternativ, cât mai repede, câte un braţ (în timp ce un braţ este îndoit, celălalt stă întins pe lângă corp) ; cotul rămâne aproape de corp, antebraţul se flexează până când degetele sunt apropiate de umăr. Dacă braţul şi antebraţul iau o altă poziţie diferită de cea solicitată, se corectează şi se reia mişcarea alternativă a braţelor. Se notează mâna cu care subiectul a început exerciţiul.
– 0 – alternanţă precisă şi suplă a mişcărilor ;
– 1 – braţul nu revine constant la sol ;
– 2 – mişcare lentă, dar bine alternată ;
– 3 – mişcare sacadată lipsită de supleţe, uneori alternantă ;
– 4 – mişcări corecte când ritmul este lent şi pierderea alternanţei la creşterea ritmului ;
– 5 – mişcări lipsite de coordonare indiferent de ritm.

19. *Coordonare membre inferioare* : în aceeaşi poziţie ca la exerciţiul 18, subiectul îndoaie alternativ, cât mai repede, un picior, cu talpa sprijinită pe sol, în timp ce celălalt picior este întins pe covor ; proba este asemănătoare cu exerciţiul 18 ; se notează piciorul cu care începe execuţia.
– 0 – alternanţă precisă şi suplă a mişcărilor, flexie corectă a gambelor ;
– 1 – gamba flexată nu revine constant la sol ;
– 2 – mişcare lentă, dar bine alternată ;
– 3 – mişcare sacadată lipsită de supleţe, uneori alternantă ;
– 4 – mişcări corecte când ritmul este lent şi pierderea alternanţei la creşterea ritmului ;
– 5 – mişcări lipsite de coordonare indiferent de ritm.

20. *Coordonare membre superioare – membre inferioare* : în aceeaşi poziţie ca la exerciţiul 18, subiectul îndoaie simultan, cât mai repede, un braţ şi piciorul opus ; în faza următoare vor fi îndoite membrele care în prima fază au fost în repaus ; se alternează astfel mişcările de flexare ale membrelor superior şi inferior opuse ; se notează mâna şi piciorul cu care începe execuţia.
– 0 – braţul şi gamba opusă flexate cu supleţe şi eleganţă, alternanţă precisă şi sigură a mişcărilor ;
– 1 – alternanţă bună, dar lentă la început ; ulterior ritmul creşte ;
– 2 – alternanţă bună, dar nu poate accelera ritmul mişcărilor ;
– 3 – începe cu mişcări de flexare a membrelor de aceeaşi parte la început ; ulterior reuşeşte să se corecteze ; mişcări lente ;
– 4 – începe cu mişcări de flexare a membrelor de aceeaşi parte ; ulterior nu reuşeşte să se corecteze ; mişcări lente ;
– 5 – mişcări lipsite de coordonare indiferent de ritm.

14.5. Fişă de evaluare a schemei corporale, a lateralităţii şi a deprinderilor manuale

(adaptare după A. Rozorea şi I. Muşu, *apud* Vrăjmaş şi Oprea, 2003)

Numele şi prenumele ....
Data şi locul naşterii ....
Adresa ....
Numele evaluatorului .... Data evaluării ....

Itemii	Da	Nu
Identifică părţile/segmentele corpului		
Cunoaşte părţile dreapta/stânga în raport cu propriul corp		
Preferă în execuţia acţiunilor mai ales folosirea mâinii dreapte/stângi	Dreapta	Stânga
Preferă în execuţia acţiunilor mai ales piciorul drept/stâng	Dreapta	Stânga
Execută cu mai multă uşurinţă mişcări ale ochiului drept/stâng	Dreapta	Stânga
Prezenţa coordonării motrice fine		
Prezenţa coordonării oculo-manuale		
Asamblează 4-8-12 piese puzzle		
Completează forme mari şi/sau mici (din care lipsesc părţi componente)		
Completează forme mai deosebite şi complicate		
Construieşte forme din piese de tip *Lego*		
Ordonează piese/obiecte după mărime, formă, culoare		
Execută corect, cu o singură mână, mişcări de înşurubare-deşurubare		
Construieşte succesiuni de piese la comanda evaluatorului		
Poate prinde cu pensa degetelor obiecte/piese mici		
Înşiră bile de mărimi din ce în ce mai mici		
Poate aşeza „în scară" 3-5 piese de lemn		
Reproduce forme tridimensionale		
Atinge cu policele (degetul mare) fiecare deget (valabil pentru ambele mâini)		
Foloseşte corect ustensilele şcolare (creion, stilou, creioane colorate, creta, pensula etc.)		
Reproduce grafic forme şi figuri geometrice de bază		
Reproduce grafic forme mai complexe		
Reproduce desene mai complexe		

Observaţii :
....
....
....
....

14.6. Ghid de apreciere a dezvoltării copilului preşcolar
(adaptare după Chiriac şi Chiţu, 1977)

Metoda urmăreşte investigarea copilului pe patru arii de comportament: motor, cognitiv, verbal şi socioafectiv.

- *Obiectiv*: cunoaşterea caracteristicilor de normalitate în dezvoltarea fizică şi psihică a copilului în perioada 3-6 ani; depistarea timpurie a unor rămâneri în urmă în dezvoltarea psihică, în vederea organizării unei intervenţii educaţional-recuperatorii.
- *Conţinutul* sarcinilor este prezentat în Anexa 8.
- *Materiale necesare*:
  - 15 cuburi de lemn, cu latura de 5 cm, având o singură culoare;
  - jetoane de carton colorate în 5 culori (roşu, galben, albastru, verde, negru) şi 3 nuanţe (bleu, roz, portocaliu);
  - creioane şi coli de hârtie pentru desen;
  - imagini cu animale, flori, jucării, fructe, păsări, îmbrăcăminte, legume, mobilă;
  - imagini pentru relatare şi povestire.

Metoda urmăreşte identificarea următoarelor componente:

- **Comportament motor (M)**

  M.1. Echilibru în ortostatism
  M.1.1. Poziţie de echilibru, mers echilibrat
  M.1.2. Sărituri peste un obstacol sau de pe un picior pe altul
  M.2. Coordonare oculo-motorie
  M.2.1. Plierea hârtiei şi mişcări de coordonare ochi-mână
  M.2.2. Desenarea după model a unei figuri geometrice
  M.3. Coordonare generală corp-segmente
  M.3.1. Mişcări de orientare în schema corporală proprie

- **Comportament cognitiv (C)**

  C.1. Identificarea unor poziţii spaţiale, percepţia însuşirilor obiectelor (lungime, mărime, greutate, culoare)
  C.1.1. Identificarea unor poziţii spaţiale
  C.1.2. Percepţia lungimii
  C.1.3. Percepţia mărimii, greutăţii, culorilor
  C.2. Activitatea de reprezentare
  C.2.1. Recunoaşterea unor lacune în desen
  C.3. Percepţia temporală, noţiuni de orientare temporală:
  C.3.1. Diferenţierea momentelor zilei
  C.3.2. Diferenţierea anotimpurilor
  C.3.3. Cunoaşterea zilelor săptămânii
  C.4. Activitatea de memorie şi gândire
  C.4.1. Înţelegerea unor relaţii cauzale
  C.4.2. Operarea în sfera unor noţiuni generale
  C.4.3. Operarea mintală asupra noţiunii generale cu denumirea de noţiuni subordonate

C.4.4. Recunoaşterea utilităţii unor obiecte
C.4.5. Definire de noţiuni
C.4.6. Operaţii de gândire
C.4.7. Asimilarea simbolului numeric

- **Comportament verbal (V)**

V.1. Achiziţia de categorii gramaticale
V.1.1. Utilizarea unor categorii gramaticale
V.2. Vorbire şi exprimare corectă
V.2.1. Folosirea pluralului
V.3. Limbaj vorbit şi limbaj citit
V.3.1. Reproducerea unei poezii, relatarea de povestiri după imagini
V.3.2. Recunoaşterea de litere

- **Comportament socioafectiv (S)**

S.1. Manifestări de independenţă, deprinderi de autoservire
S.1.1. Autonomie în îmbrăcare
S.1.2. Autonomie în dezbrăcare
S.1.3. Executarea unor sarcini casnice
S.1.4. Deprinderi igienice, simţul ordinii
S.2. Activitatea de joc
S.2.1. Jocuri de diferite tipuri, individuale sau colective
S.3. Relaţiile cu adulţii şi copiii
S.3.1. Tipuri de relaţii cu adulţii şi copiii

14.7. Ghid de apreciere a nivelului de dezvoltare a copilului şcolar

- **Comportamentul motor (M)**

M.1. Echilibrul în ortostatism : poziţia de echilibru, mersul echilibrat
M.1.1. Poziţie de echilibru
Consemn :
Stă într-un picior
Sare într-un picior
Schimbă piciorul
Criterii de evaluare : Copilul execută mişcările cu uşurinţă, fără a se dezechilibra.
M.1.2. Mersul echilibrat
Indicaţie : Se trasează pe sol un cerc cu diametrul de 1 m şi o linie frântă cu latura de 0,5 m.
Consemn :
Merge pe cercul desenat fără să iasă în afara lui
Merge pe linia frântă fără să o depăşească
Criterii de evaluare : Copilul merge corect în cerc şi pe linia frântă fără să depăşească linia.

M.2. Coordonare oculo-motorie : desenarea după model a unor figuri geometrice
Indicaţie : Se desenează pe o foaie de hârtie un romb, un pătrat, un dreptunghi. Se dă copilului o altă foaie de hârtie, pe care va desena.

Consemn:

Ce figură este aceasta ?

Desenează şi tu una la fel

Criteriu de evaluare: Copilul denumeşte şi desenează corect figurile geometrice după model.

M.3. Coordonare generală corp-segmente : mişcări de orientare în schema corporală proprie

Consemn:

Ridică mâna dreaptă

Ridică piciorul stâng

Priveşte în partea stângă

Pune degetul mâinii drepte la urechea stângă (se pot solicita şi alte sarcini de acest tip, cu referire la schema corporală).

Criteriu de evaluare: Copilul efectuează corect şi cu multă uşurinţă mişcările de orientare în schema corporală.

- **Comportamentul cognitiv (C)**

C.1. Identificarea unor poziţii spaţiale, percepţia însuşirii obiectelor : lungime, mărime, greutate, culoare

C.1.1. Identificarea unor poziţii spaţiale

Indicaţie:

a) Se dau copilului un creion şi un penar.

b) Se aşeză la o distanţă mică de copil creionul, iar la o distanţă mai mare penarul.

Consemn:

a) *Pune acest creion pe, sub, în faţa, în spatele, în penar.*

b) *Care obiect e mai aproape de tine ? Dar mai departe ?*

Criteriu de evaluare:

a) Copilul identifică uşor poziţiile spaţiale indicate executând mişcările corect.

b) Copilul indică obiectele cu uşurinţă.

C.1.2. Percepţia mărimii, greutăţii şi culorilor

Indicaţie: Se arată copilului obiecte de culori, mărimi şi greutăţi diferite.

Consemn:

Ce culoare este aceasta ? (portocaliu, albastru, verde, roz, roşu etc.).

Care obiect este cel mai mare ? Dar cel mai mic ?

Care obiect este cel mai greu ? Dar cel mai uşor ?

C.2. Percepţia temporală, noţiuni de orientare temporală în achiziţie

C.2.1. Diferenţierea momentelor zilei

Consemn:

Cum se numeşte partea din zi când te trezeşti ? Ce faci atunci ?

Cum se numeşte partea din zi când te pregăteşti să te culci ? Ce faci atunci ?

Cum se numeşte partea din zi când iei prânzul ? Ce faci atunci ?

Criteriu de evaluare: Copilul denumeşte trei momente principale ale zilei şi relatează activităţi obişnuite pentru aceste momente.

C.2.2. Diferenţierea anotimpurilor anului şi a lunilor aferente lor
Consemn:
În ce anotimp suntem acum ? Ce se întâmplă în acest anotimp ?
Ce alte anotimpuri cunoşti ? Ce se întâmplă atunci ?
În ce luni ale anului este primăvară ? (vară, toamnă, iarnă)
Criteriu de evaluare: Copilul recunoaşte şi denumeşte anotimpurile şi lunile respective.

C.2.3. Diferenţierea zilelor săptămânii
Consemn: *Care sunt zilele săptămânii ?*
Criteriu de evaluare: Copilul enumeră în ordine zilele săptămânii.

C.2.4. Identificarea succesiunii zilelor (ieri, azi, mâine)
Consemn:
Ce zi a fost ieri ? Ce ai făcut tu ieri ?
Ce zi e azi ? Ce vrei să faci tu azi ?
Când mai vii la şcoală ?
Criteriu de evaluare: Copilul răspunde cu uşurinţă la întrebări şi precizează corect succesiunea zilelor.

C.3. Activitatea de memorie şi gândire

C.3.1. Operare mentală asupra unor noţiuni generale cu denumirea de noţiuni subordonate
Consemn:
Ce obiecte de îmbrăcăminte cunoşti ?
Ce păsări cunoşti ?
Ce obiecte de mobilier cunoşti ? (se pot solicita şi alte sarcini de acest tip)
Criteriu de evaluare: Copilul denumeşte din memorie noţiuni din sfera celor generale respective (cel puţin trei exemple).

C.3.2. Definirea unor noţiuni
Consemn:
Ce este semaforul ?
Ce este biblioteca ?
Ce este elefantul ?
Ce este vaporul ? (se pot solicita şi alte sarcini de acest tip în locul celor sugerate)
Criteriu de evaluare: Copilul defineşte cele patru noţiuni (obiecte/fiinţe).

C.3.3. Operaţii de gândire
Consemn:
Prin ce aseamănă mingea şi soarele ?
Prin ce se aseamănă creionul şi stiloul ?
Prin ce se aseamănă lingura şi furculiţa ?
Criteriu de evaluare: Copilul analizează, compară şi sesizează asemănările dintre noţiuni.

C.3.4. Asimilarea simbolului grafic şi a operaţiilor aritmetice de adunare, scădere, înmulţire, împărţire

Consemn:

Numără câte beţişoare ai în mână.

Rezolvarea următoarelor operaţii $2+7= ?$; $9-5= ?$; $7\times 8= ?$; $16:2= ?$

Criteriu de evaluare: Copilul rezolvă corect exerciţiile propuse.

- **Comportamentul verbal (V)**

V.1. Achiziţia de categorii verbale: utilizarea unor categorii şi reguli gramaticale

Consemn:

Cine sunt prietenii tăi?

Cum merge melcul?

Cum merge bebeluşul? (se pot solicita şi alte sarcini de acest tip în locul celor sugerate)

Criteriu de evaluare: Copilul răspunde la întrebări în propoziţii folosind corect acordul subiectului cu predicatul şi poziţionează corect adverbele de mod.

V.2. Limbaj: pronunţie, calitatea vocabularului, citire

V.2.1. Reproducerea de poezii, relatarea de povestiri

Consemn:

Recită poezia...

Povesteşte „Albă ca Zăpada şi cei şapte pitici" (se poate alege şi altă poveste cunoscută de copil)

Criteriu de evaluare: Copilul recită corect, cu intonaţie, sau relatează pe larg povestea folosind fraze scurte şi respectând regulile gramaticale.

V.2.2. Citirea unui text

Indicaţie: Se dă copilului un text literar uşor.

Consemn: *Citeşte acest text.*

Criteriu de evaluare: Copilul citeşte corect şi expresiv textul.

- **Comportamentul socioafectiv (S)**

S.1. Manifestări de independenţă, deprinderi de autoservire, deprinderi de igienă personală, simţul ordinii

Consemn: *Aranjează lucrurile tale pe bancă* (se pot solicita şi alte sarcini de acest tip).

Criteriu de evaluare: Copilul îşi aranjează singur lucrurile în mod ordonat.

S.2. Activitatea de joc: jocuri de diferite tipuri, individuale şi colective

Criteriu de evaluare: gradul de interes şi participare voluntară la diferite jocuri.

S.3. Relaţiile cu adulţii şi copiii

Criteriu de evaluare: Copilul comunică uşor cu persoanele adulte străine, este mai receptiv şi răspunde prompt la solicitările acestora.

14.8. Testul Goodenough (Testul omuleţul)

Această probă, elaborată de Florence Goodenough, permite, pe lângă investigarea personalităţii, şi evaluarea primară a nivelului de inteligenţă, evidenţiind forme de deficienţă mintală pe intervalul de vârstă cuprins între 3 şi 13 ani. Aplicarea probei se poate face individual sau colectiv, caz în care se va evita copierea. Varianta mai nouă,

cunoscută sub denumirea de *Goodenough-Harris Drawing Test*, solicită desenarea unui bărbat, a unei femei şi a propriei persoane şi încorporează mai multe dimensiuni proiective.

Consemn : se cere copilului să deseneze pe o foaie de hârtie un om. Se va evita orice sugestie din partea examinatorului. La orice întrebare din partea copilului, i se răspunde „Fă cum vrei tu".

Evaluare :

Categoria A

- omuleţul de nerecunoscut (mâzgăleală) – 0 puncte ;
- există un control şi o ordonare a liniilor (cerc, triunghi, pătrat, spirală) – 1 punct.

Dacă elementele sunt recunoscute ca părţi ale corpului, se integrează la categoria B.

Categoria B

- prezenţa capului – 1 punct ;
- prezenţa picioarelor (două când e în faţă, unul când e profil) – 1 punct ;
- prezenţa braţelor, chiar dacă degetele nu sunt evidente – 1 punct ;
- prezenţa trunchiului – 1 punct ;
- lungimea mai mare decât lăţimea trunchiului – 1 punct ;
- prezenţa umerilor – 1 punct ;
- braţele şi picioarele tangente la corp – 1 punct ;
- braţele şi picioarele ataşate de corp, dar incorect – 1 punct ;
- prezenţa gâtului – 1 punct ;
- conturul gâtului este reprezentat ca o linie continuă între trunchi şi cap – 1 punct ;
- prezenţa ochilor (unul din profil) – 1 punct ;
- prezenţa nasului – 1 punct ;
- prezenţa gurii – 1 punct ;
- nasul şi gura reprezentate corect, prezenţa buzelor – 1 punct ;
- prezenţa nărilor – 1 punct ;
- prezenţa părului – 1 punct ;
- părul bine plasat, dar capul să nu fie văzut (transparent) – 1 punct ;
- prezenţa hainelor (prin nasturi) – 1 punct ;
- lipsa transparenţei şi prezenţa a două elemente vestimentare – 1 punct ;
- desenul complet al veşmintelor – 1 punct ;
- patru articole vestimentare (pălărie, vestă, cravată, pantaloni etc.) – 1 punct ;
- costumul perfect, fără defecte – 1 punct ;
- prezenţa degetelor – 1 punct ;
- numărul corect al degetelor – 1 punct ;
- detalii corecte ale degetelor – 1 punct ;
- poziţia policelui – 1 punct ;
- evidenţierea palmei între degete şi braţe – 1 punct ;
- braţele articulate la umeri şi coate – 1 punct ;
- articularea gambelor la genunchi şi coapse – 1 punct ;
- proporţia capului (mai mic decât 1/2 din trunchi şi mai mare de 1/10 din corp) – 1 punct ;
- proporţia braţelor (egale în lungime cu trunchiul, dar să nu atingă genunchiul) – 1 punct ;

- proporţia gambelor (inegale în lungime cu corpul sau puţin mai scurte) – 1 punct;
- proporţia picioarelor (lungimea mai mare decât lăţimea şi mai mică decât înălţimea corpului) – 1 punct;
- prezenţa a două gambe şi a două braţe (articularea mâinii şi a picioarelor) – 1 punct;
- prezenţa călcâiului – 1 punct;
- coordonarea motrică a conturului – 1 punct;
- coordonarea motrică a articulaţiilor – 1 punct;
- coordonarea motrică a articulaţiei capului – 1 punct;
- coordonarea motrică a braţelor şi gambelor – 1 punct;
- coordonarea motrică a fizionomiei – 1 punct;
- coordonarea motrică a articulaţiei trunchiului – 1 punct;
- prezenţa urechilor – 1 punct;
- poziţia şi proporţia corectă a urechilor – 1 punct;
- detalii oculare: gene, sprâncene – 1 punct;
- detalii oculare: pupile – 1 punct;
- detalii oculare: proporţia ovală a orbitei – 1 punct;
- detalii oculare: strălucirea lor – 1 punct;
- prezenţa bărbiei şi a frunţii – 1 punct;
- bărbia net distinctă faţă de buza inferioară – 1 punct;
- capul, trunchiul şi picioarele din profil – 1 punct;
- profil perfect (fără transparenţă sau poziţia greşită a membrelor) – 1 punct.

Vârsta mintală	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Număr de puncte	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42	46	50

Pentru stabilirea IQ, se efectuează raportul dintre vârsta mintală (VM) şi vârsta cronologică (VC);

$$IQ = \frac{VM}{VC} \cdot 100$$

Semnificaţia IQ:

- 140 – inteligenţă extrem de ridicată;
- 120-139 – inteligenţă superioară;
- 110-119 – inteligenţă peste medie;
- 90-118 – inteligenţă medie (normală);
- 80-89 – inteligenţă sub medie;
- 70-79 – inteligenţă de limită;
- 50-69 – deficienţă mintală medie;
- 49-20 – deficienţă mintală severă;
- sub 20 – deficienţă mintală profundă.

14.9. Inventar de probe pentru cunoaşterea vârstei psihologice a limbajului
(adaptare după Alice Descœudres, *apud* Vrăjmaş şi Oprea, 2003)

Acest inventar se administrează copiilor cu vârste cuprinse între 3 şi 7 ani şi este alcătuit din şapte probe care permit identificarea unor abateri în dezvoltarea limbajului în raport cu vârsta cronologică.

• Proba 1 : *Contrarii* (cu obiecte şi imagini)

Se prezintă copilului 10 obiecte şi imagini care prezintă caracteristici contrare :

a) imaginea unei ciuperci *mari* şi a uneia *mici* ;
b) o carte *nouă* şi una *veche* ;
c) o bucată de fier *tare* şi un cauciuc *moale* ;
d) imaginea unui bloc *înalt* şi a unei case *scunde* (mici) ;
e) o hârtie *netedă* şi un abraziv (ceva) *zgrunţuros* ;
f) imaginea unui *bătrân* şi a unui *tânăr* ;
g) o bucată de stofă *călcată* şi una *mototolită* ;
h) imaginea unui copil *vesel* şi a altuia *trist* ;
i) desenul unei linii *drepte* şi al uneia *curbe* ;
j) două cutii la fel : una goală, una plină cu cuie (se aşază în câte o mână fiecare).

Consemn : Se prezintă copilului, succesiv, obiectele/imaginile, spunându-i : *Această ciupercă este mare* (i se arată imaginea), *iar aceasta este...* (copilul trebuie să spună adjectivul).

Evaluare : Nu este luat în considerare alt calificativ/adjectiv. Se consemnează numărul de răspunsuri corecte. Se reia proba invers ; se prezintă mai întâi imaginea ciupercii mici şi se aşteaptă de la copil să spună adjectivul. Se consemnează răspunsurile exacte, se adună punctele obţinute în cele două etape şi se face media.

• Proba 2 : *Completarea lacunelor dintr-un text* (rostit de evaluator)

Consemn : Evaluatorul se adresează copilului astfel : *Îţi voi spune o mică poveste. Acolo unde mă opresc trebuie să mă ajuţi tu să găsesc cuvântul potrivit.*

Evaluare : Se notează numărul de răspunsuri corecte.

1. S-a făcut frumos, cerul este ... (albastru).
2. Soarele este foarte ... (fierbinte).
3. Iulia şi Oana se plimbă pe câmp. Ele adună ... (flori).
4. Ele sunt foarte bucuroase şi încântate de ciripitul ... (păsărelelor).
5. Deodată cerul se întunecă şi se acoperă de ... (nori).
6. Fetiţele se grăbesc să se întoarcă ... (acasă).
7. În timp ce se îndreptau spre casă, a început o puternică ... (furtună/ploaie).
8. Cele două prietene s-au speriat foarte tare de zgomotul ... (tunetului).
9. Ele roagă pe cineva să le adăpostească într-o casă, deoarece plouă foarte tare şi nu au ... (umbrelă), iar hainele lor sunt complet ... (ude).

• Proba 3 : *Repetare de numere*

Consemn : Evaluatorul se adresează copilului astfel : *Îţi voi spune nişte numere. Tu trebuie să repeţi aceste numere.* În cazul în care copilul n-a înţeles, se repetă seria de numere chiar de trei ori, dar seria respectivă nu se mai ia în considerare la evaluare.

Evaluare : Dacă repetă doar prima serie, primeşte coeficientul 2. Pentru seria a doua va primi coeficientul 3, pentru seria a treia – coeficientul 4, pentru seria a patra – coeficientul 5 şi pentru seria a cincea – coeficientul 6. Se consemnează coeficientul ultimei serii reproduse corect.

Seria I : 2-4
Seria a II-a : 5-6-3
Seria a III-a : 4-7-3-2
Seria a IV-a : 8-4-6-5-9
Seria a V-a : 6-9-2-3-4-8

• Proba 4 : *Identificarea şi numirea de materiale*

Consemn : Evaluatorul se adresează copilului astfel : *Din ce sunt făcute... ?*

– cheia
– masa
– lingura
– fereastra
– pantofii
– casele (cel puţin trei materiale : cărămidă, ciment, lemn)

Evaluare : Se consemnează răspunsurile corecte (punctaj 0-6).

• Proba 5 : *Identificarea unor contrarii* (fără suportul unor obiecte sau imagini)

Consemn : Se explică mai întâi copilului ce înseamnă contrar prin oferirea de exemple concrete. Apoi vom expune opt termeni la care copilul va numi termenul contrar :

1. cald ... (frig/rece)
2. uscat ...
3. frumos ...
4. neascultător ... (ascultător/cuminte)
5. curat ...
6. mare ...
7. uşor ...
8. vesel ...

Evaluare : Se notează de la 0 la 8, în funcţie de răspunsurile corecte.

• Proba 6 : *Denumirea culorilor*

Consemn : Se prezintă copilului următoarele culori : verde, negru, roz, alb, violet, gri, galben, maro, albastru. Se cere să le denumească.

Evaluare : Se notează răspunsurile de la 0 la 10, în funcţie de numărul de răspunsuri corecte.

• Proba 7 : *Cunoaşterea sensului verbelor*

Consemn : Pentru seria I de verbe, evaluatorul mimează înţelesul verbului, iar copilul numeşte acţiunea. Pentru seria II se cere copilului să mimeze acţiunea verbului numit de evaluator.

Evaluare : Se consemnează numărul de răspunsuri corecte cu note de la 0 la 12.
Seria I : *a tuşi, a fricţiona, a câştiga, a arunca, a spăla, a respira ;*
Seria a II-a : *a scrie, a se apleca, a se balansa, a se ridica, a sări, a împinge* (ceva).

Proba	Coeficientul corespunzător vârstei				
	3 ani	4 ani	5 ani	6 ani	7 ani
1. Contrarii (cu obiecte şi imagini)	4	5	6	8	12
2. Lacune	2	3	4	6	8
3. Cifre	3	3	4	5	5
4. Materiale	3	4	5	6	6
5. Contrarii (fără obiecte şi imagini)	4	5	6	7	8
6. Culori	2	3	4	6	8
7. Verbe	4	6	8	9	11

Vârsta psihologică a limbajului se calculează astfel : având valorile realizate de copil la cele şapte probe, le scriem pe verticală în ordinea probelor, iar în dreptul lor scriem cifra corespunzătoare vârstei limbajului după compararea rezultatelor cu datele din tabelul anterior. Se adună cifrele corespunzătoare vârstei pentru fiecare probă, iar suma se împarte la 7, obţinându-se vârsta psihologică a limbajului, care poate corespunde sau nu vârstei cronologice.

14.10. Fişă de evaluare analitico-sintetică

(adaptare după A. Rozorea şi I. Muşu, *apud* Vrăjmaş şi Oprea, 2003)

Acest instrument de lucru operativ se foloseşte în activităţile cu copiii/elevii care prezintă deficienţe de vedere, pentru evaluarea nivelului senzorialităţii în orice etapă a antrenamentului vizual.

Numele şi prenumele ...., clasa ...., anul şcolar...........
Diagnosticul oftalmologic ....
Deficienţe asociate ....

• **Evaluarea analitică :**

a) indici funcţionali ai vederii :
- acuitate vizuală ....
- câmp vizual ....
- sensibilitate luminoasă ....
- sensibilitate de contrast ....

- sensibilitate cromatică ……………………………………………………
- vedere monoculară/binoculară/stereoscopică ………………………………
- vedere de aproape / la distanță ……………………………………………

b) eficiența vizuală ……………………………………………………………
c) dominanța vizuală …………………………………………………………
d) capacitatea de a identifica, discrimina și opera cu forme, culori, mărimi ………
e) capacitatea de localizare a obiectelor în spațiul apropiat și îndepărtat ………
f) capacitatea de orientare spațio-temporală …………………………………
g) capacitatea de conștientizare a schemei corporale …………………………

• Evaluarea sintetică :

Simțul	Parametrii urmăriți	Identificare	Discriminare	Operare
Văz	Culori			
	Forme			
	Mărimi			
	Poziții			
Tactil	Consistență			
	Textură			
	Temperatură			
Auz	Intensitate			
	Direcție			
	Înălțime			
Gust și miros	Calitate			
	Recunoaștere			

• Evaluarea performanțelor :

- gradul de lărgire a câmpului vizual ……………………………………
- gradul de eficiență a vederii de aproape…………………………………
- recunoașterea literelor și eliminarea confuziilor …………………………
- gradul de creștere a vitezei de citit/scris …………………………………
- timpul și eficiența, păstrarea distanței corecte la citit/scris ………………

• Aprecieri de ansamblu :

…………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………

14.11. Fişă de evaluare iniţială a parametrilor vederii restante şi pentru prescrierea antrenamentului vizual

(adaptare după A. Rozorea şi I. Muşu, *apud* Vrăjmaş şi Oprea, 2003)

Numele şi prenumele ...., anul naşterii..............
Domiciliul ....
Diagnostic oftalmologic ....
Examen neuropsihic ....
Tulburări asociate ....
Stare oculară ....

Parametrii funcţionali	O.D./O.S.	Anul			
Acuitate vizuală la distanţă după corecţie	O.D.				
	O.S.				
Acuitate vizuală la apropiere după corecţie	O.D.				
	O.S.				
Câmp vizual	O.D.				
	O.S.				
Motilitatea oculară	O.D.				
	O.S.				
Focalizarea imagini (fixaţia)	O.D.				
	O.S.				
Simţ cromatic	O.D.				
	O.S.				

Eficienţa vizuală în activitatea şcolară şi extraşcolară ....
Prognostic ....

Prescripţii speciale :

- capacitatea de efort vizual ....
- capacitatea de efort fizic ....
- mijloace de corelaţie vizuală ....
- aşezarea în clasă ....
- condiţii de iluminare ....

Recomandări pentru educaţia vizuală :

Obiective	Tipuri de exerciţii/activităţi	Aparatură şi material didactic

Notă

La această fişă, pe parcursul derulării programului de antrenament vizual, se anexează alte pagini cu observaţii privind evoluţia rezultatelor.

14.12. Probe pentru determinarea nivelului abilităţilor perceptive: auditive şi vizuale (adaptare din Arthur Kreindler, „Agnozii şi apraxii", *apud* Vrăjmaş şi Oprea, 2003)

1. Percepţia auditivă şi auditiv-verbală

1.1. *Probe nonverbale* – se cere copilului să recunoască cu ochii închişi diverse zgomote produse de obiecte sau fiinţe:
- căderea unei monede;
- sunetul sticlei;
- sunetul unei legături de chei;
- tic-tac-ul ceasului;
- mototolirea unei hârtii;
- aplauze;
- sunete emise de diferite animale;
- voci ale unor persoane;
- strănutul;
- plânsul unui copil;
- sunetul unui instrument muzical.

1.2. *Probe verbale*

a) Evaluatorul, având fixat în dreptul feţei un ecran (cartonaş), pronunţă sunete, silabe, cuvinte, propoziţii, pe care copilul, aşezat la distanţa de 1 m, trebuie să le reproducă. Cuvintele sunt pronunţate fără accent, lent, monoton. Proba poate evidenţia deficienţe ale auzului fonematic.

b) Proba „vocii şoptite" (ecranate):
- neînţelegerea vorbirii în şoaptă până la 4-6 m – hipoacuzie uşoară;
- neînţelegerea vorbirii în şoaptă până la 1-4 m – hipoacuzie medie;
- neînţelegerea vorbirii în şoaptă până la 1 m – hipoacuzie gravă.

Examenul trebuie să fie bilateral, pentru fiecare ureche (una fiind obturată). În cazul evidenţierii unei acuităţi auditive scăzute, se recomandă examenul audiometric, efectuat de specialist.

2. Percepţia vizuală – se cere copilului:

2.1. *Să recunoască obiecte*:
- să descrie obiecte;
- să indice poziţia acestora unul faţă de altul;
- să identifice un anumit obiect din mai multe obiecte;
- să deseneze un obiect la cererea evaluatorului;
- să identifice numărul de obiecte pe un desen în care sunt suprapuse mai multe contururi de obiecte (figurile Abelson).

2.2. *Să recunoască imagini*:
- să recunoască imagini simple (cerc, pătrat);
- să discrimineze între imagini aproximativ similare (între o lebădă şi o gâscă, între o pisică şi un iepure);
- să descrie un şir de imagini în ordine logică;

- să descrie, din memorie, obiecte ;
- să completeze desene lacunare ;
- să recunoască desene schematice.

2.3. *Să recunoască culorile* :

- să numească culorile unor obiecte ;
- să grupeze obiecte după culoare ;
- să copieze culori.

14.13. Fişa de monitorizare a copilului cu retard de limbaj
(adaptare după V. Oprea, *apud* Vrăjmaş şi Oprea, 2003)

Numele şi prenumele ....

Data şi locul naşterii ....

Grădiniţa/şcoala ....

Data evaluării ....

Aria	Itemi	Scor estimat	Scor individual	Scor final
Fonetică	1. recunoaşterea rimelor	2		
	2. numărarea silabelor	2		
	3. eliminarea silabică	2		
	4. identificarea fonemului	2		
	5. numirea fonemului iniţial	2		
	6. eliminarea fonemică	2		
Semantică	1. vocabular	2		
	2. definiţii	2		
	3. integrare	2		
	4. antonime	2		
	5. relaţii cauzale	2		
	6. sesizarea absurdului	2		
	7. înţelegerea conceptelor abstracte	2		
	8. completarea lacunelor	2		
	9. comparaţii	2		
	10. cunoaşterea utilităţii unor obiecte	2		
Structură gramaticală	1. propoziţii după imagini	2		
	2. reguli gramaticale	2		
	3. povestire după imagini	2		
	4. ordonare logică a imaginilor	2		
Alte probe	1. probe de memorie : cifre, cuvinte	2		
	2. probe de orientare spaţio-temporală	2		
	3. probe de motricitate (copiere figuri)	2		
	4. probe de atenţie	2		
	5. culori	2		
Scor total		50		

Cotare:

- 2 puncte – pentru rezolvare totală;
- 1 punct – rezolvare parţială (în jur de 50%);
- 0 puncte – nu rezolvă nici un item.

Se totalizează punctele şi se compară cu punctajul total estimat la 6-7 ani, respectiv 50 de puncte.

Se calculează procentajul individual prin raportarea scorului individual total (coloana 3) la scorul total (50 de puncte), câtul obţinut fiind înmulţit cu 100.

Estimare:

- 75-100% – limbaj normal dezvoltat
- 50-75% – retard mediu
- sub 50% – retard sever

....

Fişa de evaluare a retardului de limbaj poate fi aplicată copiilor cu vârste cuprinse între 5 şi 8-9 ani, oferind un profil al competenţelor şi dificultăţilor copilului în cele trei arii ale limbajului, dar şi în unele abilităţi necesare în dezvoltarea comunicării. Pentru toţi itemii este nevoie de materiale didactice (povestiri, imagini, alfabetar etc.) care să sprijine copilul în rezolvarea sarcinilor.

14.14. Evaluarea educaţională în surdocecitate
(adaptare după McInnes şi Treffery, 2000)

Acest set de instrumente urmăreşte evaluarea copiilor cu surdocecitate şi presupune colaborarea familiei.

I. Fişă de evaluare

Numele şi prenumele ....
Data şi locul naşterii ....
Adresa ....
Numele evaluatorului ....

1. Care este cauza deficienţei vizuale?		
2. Este necesar un tratament special? Specificaţi.	Nu	Da
3. Există simptome sau semne specifice care să arate că este nevoie de specialişti?	Nu	Da
4. Ce restricţii trebuie introduse în activităţile copilului?		
5. Copilul trebuie să poarte ochelari? În ce situaţii/condiţii?		
6. Poate fi determinată acuitatea vizuală a copilului?	Nu	Da
7. Dacă evaluarea acuităţii vizuale nu a fost posibilă, care este opinia dumneavoastră în privinţa capacităţii vizuale a copilului?		
8. Copilul poate să urmărească cu privirea un obiect care se deplasează:		
a) de la stânga la dreapta;	Nu	Da
b) de la dreapta la stânga;	Nu	Da

c) de sus în jos ;	Nu	Da
d) în diagonală ;	Nu	Da
e) în cerc ;	Nu	Da
f) convergent ;	Nu	Da
g) divergent ;	Nu	Da
9. Copilul ar trebui să folosească instrumente optice specifice ambliopiei ? În ce situaţii/condiţii ?	Nu	Da
10. Copilul lucrează mai bine cu obiecte sau desene de dimensiuni mari sau cu cele de dimensiuni mici ?		
11. Care sunt condiţiile optime de iluminat pentru a-i permite copilului să vizualizeze spaţiul din jurul său ?		
12. Ce recomandări specifice puteţi face, referitor la felul cum foloseşte copilul vederea, în situaţii de învăţare convenţională ?		
13. Când ar trebui să fie reexaminat copilul ?		
14. Vă aşteptaţi la o deteriorare a vederii copilului ?		
15. Ce activităţi sugeraţi pentru a pregăti copilul în vederea următoarei examinări ?		
16. Dacă aveţi alte comentarii sau indicaţii pe care doriţi să le transmiteţi.		

II. Fişă de evaluare cu specific auditiv

1. Zgomotele puternice sau sunetele ciudate îl sperie/îl atrag pe copil ?
   a) nu
   b) rareori
   c) ocazional
   d) frecvent
   Ce tip de zgomot ?
   În ce circumstanţe ?
2. Copilul :
   a) întoarce capul spre sunet
   b) se opreşte din activitate
   c) devine tensionat
   d) manifestă altă reacţie
3. Copilul pare că reacţionează la :
   a) zgomote de paşi care se apropie
   b) lătratul câinelui
   c) soneria de la uşă
4. Când mama vorbeşte, copilul :
   a) îşi schimbă activitatea
   b) nu îi acordă atenţie
   c) dă semne de agitaţie
5. Copilul încearcă să investigheze sursele de sunet ?
   a) din apropiere
   b) de la distanţă
6. Copilul pare atent la sunete provenite dintr-o anumită parte :
   a) din dreapta
   b) din stânga
   Ce fel de sunete ?

7. Copilul emite sunete când nu plânge?
   Nu
   Da
8. Copilul emite sunete variate?
   Nu
   Da
   Enumeraţi-le:
9. Copilului îi face plăcere când emite sunete?
   Nu
   Da
10. Copilul pare să vorbească persoanelor din jur?
   Nu
   Da
11. Copilului îi place:
   a) să gângurească
   b) să repete aceeaşi silabă la nesfârşit
12. Copilul foloseşte vocea pentru:
   a) a atrage atenţia
   b) a arăta că este nefericit
   c) a manifesta entuziasm
13. Copilul:
   a) face deosebiri între sunete puternice
   b) se joacă cu jucării care produc zgomote
   c) bate într-o tobă sau oală
   d) suflă într-un fluier
   e) agită lângă ureche o jucărie care face zgomot
14. Copilului îi place muzica:
   a) pe CD/discuri
   b) la radio
   c) la TV
   Cum îşi manifestă plăcerea?
15. Copilul încearcă să imite sunete?
   Nu
   Da
16. Răspunsurile copilului la sunete sunt consistente?
   Nu
   Da
   Când consideraţi că pare atent la sunete?
17. Descrieţi ceea ce se întâmplă atunci când consideraţi că el este atent la sunete.

III. Nivelul actual al dezvoltării cognitive

Se notează:

1. Prezenţa sau absenţa curiozităţii
2. Tehnicile de explorare pe care le utilizează copilul
3. Încercările pe care le face pentru a-şi organiza mediul
4. Recunoaşterea cauzei şi a efectului în anumite acţiuni

5. Anticiparea evenimentelor următoare
6. Modul cum funcţionează memoria pe termen scurt şi pe termen lung
7. Modele de bază adoptate de copil
8. Înţelegerea stării de permanenţă a obiectului
9. Recunoaşterea funcţiei unui obiect
10. Nivelul de implicare în activităţi de joc
11. Capacitatea de a raţiona spaţial
12. Nivelul de rezolvare a unei situaţii

14.15. Genograma şi ecoharta (*ecomap*)

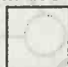
Genograma este un instrument grafic util în investigarea istoriei familiei, evidenţiind structura ei de bază, datele demografice, modul în care funcţionează şi relaţiile stabilite în cadrul unei familii ; într-o singură imagine este reprezentată cronologia a cel puţin două-trei generaţii şi ciclul vieţii de familie, pornind de la un caz/subiect analizat în contextul unei activităţi de diagnoză, terapie sau consiliere.

Genograma este construită împreună cu clientul sau familia acestuia, pe baza unei conversaţii sau a unui interviu, permiţând clarificarea unor aspecte sau detalii ale mediului relaţional din familia respectivă.

În structura genogramei se folosesc mai multe semne şi simboluri, cele mai importante fiind următoarele :

Simbolul pentru persoane de sex masculin şi reprezentarea anului naşterii

n. 1950

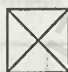


Simbolul pentru persoane de sex feminin şi reprezentarea anului naşterii

n. 1960



Simbolul pentru persoană decedată

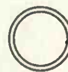


sau



Persoană-indice[1]

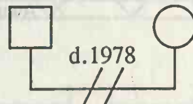




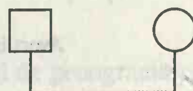
Relaţia de căsătorie (se menţionează data) (soţul în stânga, soţia în dreapta)



Relaţia de divorţ (se notează data)



Relaţia de coabitare



1. Persoana-indice se referă la o persoană importantă care trăieşte, a trăit sau a avut grijă de membrii familiei ; ea este reprezentată în partea dreaptă a genogramei cu o notă în care se descrie cine este acea persoană.

Despărţire maritală (separare)

Copii – listare în ordinea naşterii începând cu cel mai în vârstă, de la stânga la dreapta

Copii adoptaţi sau avuţi în grijă

Fraţi gemeni

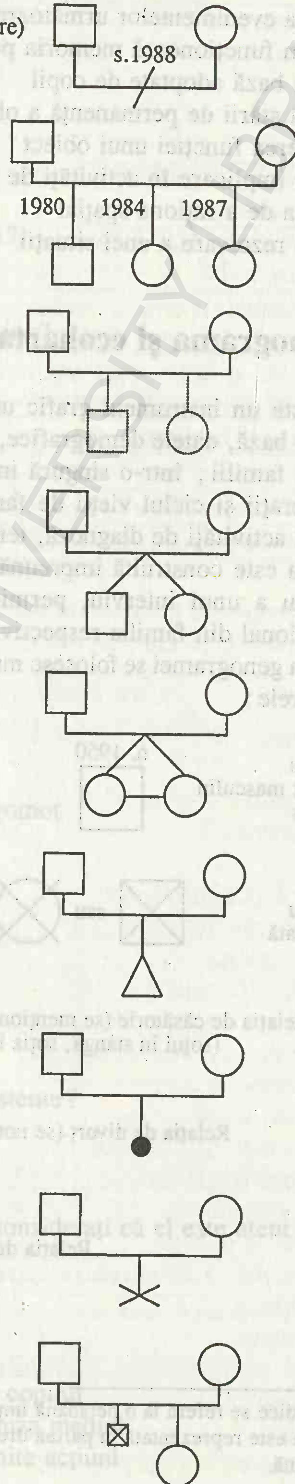
Gemeni identici

Maternitate (sarcina)

Avort spontan

Avort intenţionat

Moartea fătului la naştere

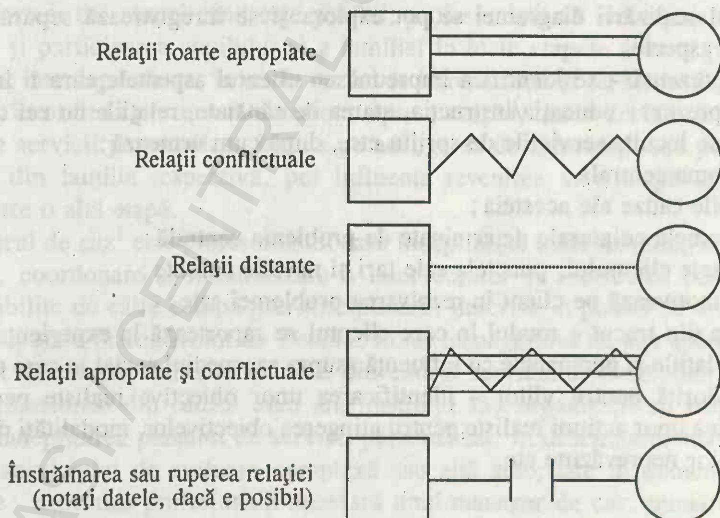


În elaborarea genogramei, după caz, se mai pot adnota informaţii cu privire la :

- originea etnică şi/sau date privind migrarea ;
- religia sau schimbarea de religie ;
- educaţie ;
- ocupaţie sau şomaj ;
- serviciul militar ;
- pensionarea ;
- abuz fizic, abuz sexual, incest etc. ;
- obezitate ;
- abuz de alcool sau de droguri ;
- fumat ;
- locaţia curentă a membrilor familiei etc.

De asemenea, se pot face referiri la anumite boli cronice şi probleme majore care influenţează semnificativ existenţa şi confortul familiei (se trec între paranteze şi se folosesc prescurtări, spre exemplu cele din domeniul medical : cancer – CA, atac de cord – CVA etc.).

Opţional, se pot reprezenta şi modele de interacţiune familială ; de multe ori acestea nu sunt exacte, având un caracter accentuat de subiectivitate. Din acest motiv, unii specialişti preferă să le reprezinte pe foi separate. În acelaşi timp însă, aceste modele de interacţiune familială ar putea fi indicatori-cheie ai modelelor relaţionale care ar putea să intereseze în mod aparte specialistul. Iată câteva exemple :



În Anexa 32 este reprezentată schiţa unui model de genogramă pentru trei generaţii.

Ecoharta (*ecomap*) este o diagramă prin care se reprezintă grafic sistemul ecologic al unei persoane/familii şi relaţia dintre aceasta şi diferitele variabile ale mediului său social. Se utilizează în scopul colectării şi înregistrării eficiente a datelor referitoare la o persoană/familie, pentru identificarea punctelor tari (resurse) şi a punctelor slabe (nevoi) ale clientului/familiei şi pentru investigarea tranzacţiilor trecute sau prezente

dintre client şi mediul său social; poate fi modificată periodic, evidenţiind astfel eventualele schimbări.

Ecoharta se construieşte împreună cu clientul şi familia sau separat, pentru fiecare membru al familiei, în funcţie de scopul pentru care se realizează. Pentru a întocmi o ecohartă, specialistul (consilierul, terapeutul, psihopedagogul, asistentul social etc.) implică clientul/familia în identificarea şi evaluarea relaţiilor pe care le are cu factorii din mediul său social, parcurgând mai multe etape:

- investigarea membrilor familiei extinse, natura şi calitatea relaţiilor dintre aceştia, resursele disponibile;
- identificarea factorilor care afectează viaţa cotidiană a clientului şi a resurselor aferente: educaţia şi instrucţia, locul de muncă, colegii, vecinii, prietenii apropiaţi, serviciile de sprijin, serviciile de sănătate etc.;
- identificarea relaţiilor clientului cu sistemele comunitare: primărie, dispensar, biserică, şcoală, poliţie, locuri de petrecere a timpului liber etc.;
- identificarea de posibile servicii sau instituţii de la care s-ar putea obţine resurse suplimentare de suport;
- se indică grafic natura schimbului dintre client şi fiecare sistem identificat şi se trasează linii care să indice atât conexiunea, cât şi calitatea şi sensul schimbului; conexiunile se trasează către sau dinspre cercul central (care reprezintă clientul), în funcţie de sensul tranzacţiei pe care dorim să o reprezentăm (vezi Anexa 27, în care se reprezintă un posibil model de reprezentare pentru o ecohartă).

În timpul realizării diagramei se pot explora şi se înregistrează separat, în scris, următoarele aspecte:

a) situaţia prezentă – se identifică împreună cu clientul aspectele care îi influenţează viaţa în prezent: educaţia/instrucţia, starea de sănătate, relaţiile cu cei din familie, condiţii de locuit, serviciile de sprijin etc., după cum urmează:
   - problema centrală;
   - posibile cauze ale acesteia;
   - problemele colaterale determinate de problema centrală;
   - resursele clientului, punctele sale tari şi nevoile curente;
   - ce îl motivează pe client în rezolvarea problemei sale;
b) condiţiile din trecut – modul în care clientul se raportează la experienţele sale din trecut, relaţiile şi persoanele cu influenţă asupra sa, mediul social în care a trăit etc.;
c) situaţia dorită pentru viitor – identificarea unor obiective realiste pentru viitor, proiectarea unor acţiuni realiste pentru atingerea obiectivelor, modalităţi de rezolvare a situaţiilor neprevăzute etc.

14.16. Managementul de caz

Managementul de caz, aplicat în cazul protecţiei copilului cu dizabilităţi, este o metodă de coordonare a tuturor activităţilor de asistenţă desfăşurate în interesul copilului şi familiei, cu scopul de a dezvolta şi valorifica la maximum potenţialul şi resursele de care aceştia dispun, precum şi oportunităţile existente în comunitatea unde îşi desfăşoară existenţa; prin această metodă se realizează coordonarea tuturor acţiunilor din domenii

variate (medical, educaţional, psihosocial) oferite de diferiţi profesionişti ori de instituţii sau organizaţii interesate de rezolvarea problemelor copilului sau familiei din care face parte. De asemenea, managementul de caz contribuie la reducerea problemelor care apar din cauza fragmentării serviciilor şi intervenţiilor, fluctuaţiei de personal sau coordonării inadecvate a ofertanţilor de servicii specifice necesare copilului şi familiei.

Managementul de caz este un proces care implică parcurgerea următoarelor etape principale :

- identificarea şi preluarea copiilor cu dizabilităţi care au nevoie de servicii, intervenţii specializate şi asistenţă ;
- evaluarea complexă, comprehensivă şi multidimensională a copilului, familiei acestuia şi mediului în care trăieşte ;
- planificarea serviciilor şi a intervenţiilor, inclusiv elaborarea unui plan de servicii personalizat, cu participarea familiei şi a copilului ;
- furnizarea serviciilor şi a intervenţiilor : asistarea copilului şi familiei în obţinerea şi utilizarea serviciilor necesare şi declanşarea, la nevoie, a unor proceduri legale ;
- monitorizarea şi (re)evaluarea periodică a progreselor înregistrate, a deciziilor şi a intervenţiilor specializate ;
- etapa de încheiere sau etapa finală a procesului de furnizare a serviciilor şi intervenţiilor specializate pentru copil şi familie.

Activităţile desfăşurate în cadrul acestor etape, serviciile şi intervenţiile rezervate copilului şi familiei se bazează pe principiile individualizării şi personalizării. Este foarte important ca, atunci când este posibil, profesioniştii să încurajeze şi să susţină implicarea şi participarea copilului şi a familiei în toate etapele acestui proces. Toate etapele sunt interdependente, în unele cazuri se întrepătrund şi nu se desfăşoară în mod obligatoriu în ordinea prezentată anterior ; spre exemplu, unele decizii de schimbare a planului de servicii personalizat, bazate pe adăugarea de informaţii sau pe schimbarea condiţiilor din familia respectivă, pot influenţa revenirea la o etapă anterioară sau trecerea către o altă etapă.

Managerul de caz[1] este profesionistul care îndeplineşte toate activităţile specifice de planificare, coordonare şi monitorizare a intervenţiilor şi serviciilor pentru copil şi familie, stabilite de către echipa pluridisciplinară, descrise în planul de servicii personalizat şi stipulate în contractul cu familia. Rolul managerului de caz aparţine fie unui profesionist al echipei multidisciplinare din cadrul serviciului de evaluare complexă, fie unui profesionist din cadrul unei alte instituţii sau organizaţii cu responsabilităţi majore în îndeplinirea planului de servicii personalizat. În desemnarea managerului de caz, şeful serviciului de evaluare complexă sau altă autoritate în domeniu va lua în considerare : expertiza profesională necesară unui manager de caz, numărul de cazuri din responsabilitatea acestuia, complexitatea cazului respectiv, relaţia sa cu copilul şi familia, colaborarea cu reţeaua de servicii şi cunoaşterea în ansamblu a problematicii respective. Managerul de caz înregistrează şi documentează primele informaţii relevante

1. Managerul de caz trebuie să aibă studii superioare în domeniul sociouman (cu precădere specializări din spectrul psihopedagogic sau al asistenţei sociale) şi experienţă practică în domeniul protecţiei copilului şi familiei, inclusiv în domeniul protecţiei şi asistenţei copilului cu dizabilităţi.

în legătură cu copilul şi familia acestuia: datele de identificare a copilului şi părintelui sau reprezentantului său legal care face solicitarea şi orice alte acte anexate solicitării.

Managerul de caz conduce faza de evaluare iniţială, care presupune:

- culegerea informaţiilor relevante privind copilul şi familia acestuia;
- evaluarea propriu-zisă realizată de către profesioniştii din afară sau din cadrul echipei serviciului de evaluare complexă;
- înregistrarea evaluărilor şi recomandărilor, prin completarea fişelor;
- formularea propunerilor în cadrul raportului de evaluare complexă.

Evaluările şi recomandările specialiştilor sunt folosite la elaborarea *Raportului de evaluare complexă a copilului cu dizabilităţi* (vezi Anexa 21), o evaluare de tip integrativ ce reflectă situaţia actuală în care se află copilul şi familia sa, resursele şi nevoile acestora, precum şi resursele comunitare disponibile. Acest raport include:

- recomandarea de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap;
- recomandarea privind orientarea şcolară;
- recomandarea privind măsura de protecţie adecvată situaţiei copilului;
- planul de servicii personalizat (ca anexă a raportului).

Managerul de caz are responsabilitatea, împreună cu echipa multidisciplinară, de a implica familia pentru: identificarea ariilor de intervenţie sau a problemelor, stabilirea obiectivelor specifice din planul de servicii personalizat, stabilirea tipurilor de servicii şi intervenţii specifice, asumarea responsabilităţilor şi delimitarea termenelor de implementare.

Rolurile principale ale managerului de caz în această etapă sunt următoarele:

- de a facilita stabilirea priorităţilor în colaborare cu familia şi echipa de profesionişti;
- de a stabili cu claritate rolurile şi responsabilităţile tuturor celor implicaţi în implementarea planului de servicii personalizat: părinţi, copil, profesionişti, instituţii, comunitate etc.

De asemenea, managerul de caz se va asigura că serviciile şi intervenţiile recomandate răspund nevoilor reale şi priorităţilor copilului şi familiei, că familia şi copilul au acces la serviciile şi intervenţiile recomandate.

Prezentăm mai jos principiile fundamentale de lucru privind oferirea serviciilor în cadrul procesului de implementare a planului de servicii personalizat:

a) individualizarea metodelor de lucru, adaptate la nevoile copilului, în funcţie de diferenţele personale: biopsihice, educaţionale, culturale etc.;
b) exprimarea liberă a sentimentelor, gândurilor şi temerilor copilului şi ale familiei în relaţia cu profesioniştii;
c) receptivitatea profesionistului faţă de problemele copilului şi familiei, dublată de capacitatea sa de a formula un răspuns adecvat;
d) acceptarea şi atitudinea nonacuzatoare a profesioniştilor faţă de slăbiciunile şi greşelile familiei şi ale copilului;
e) autodeterminarea persoanei, recunoaşterea dreptului şi nevoilor copilului şi familiei de a alege o anumită soluţie, în funcţie de capacitatea lor de a lua decizii pozitive;
f) asigurarea confidenţialităţii informaţiilor cu caracter personal, dezvăluite în timpul relaţiei profesionale cu copilul şi familia acestuia.

Contractul cu familia este un instrument utilizat de către managerul de caz în cadrul procesului de monitorizare, se bazează pe rezultatele evaluării complexe a copilului şi familiei şi stabileşte modalităţile concrete de aplicare a planului de servicii personalizat. Managerul de caz are responsabilitatea de a prezenta şi explica familiei şi, după caz, copilului scopul acestui contract, responsabilităţile părţilor, rolul contractului în implementarea planului de servicii personalizat şi posibilităţile şi condiţiile în care acest contract se poate modifica sau rezilia. Contractul cu familia este revizuit periodic şi modificat de către managerul de caz de câte ori este nevoie, în funcţie de progresele care intervin sau schimbările survenite în derularea planului de servicii personalizat. Familia şi profesioniştii implicaţi în derularea intervenţiilor specifice de caz vor comunica managerului de caz orice schimbare ce intervine şi care necesită modificarea planului de servicii personalizat şi a contractului cu familia.

Monitorizarea planului de servicii personalizat presupune din partea managerului de caz următoarele atribuţii :

- verificarea modului de furnizare a serviciilor în limita de timp stabilită (de exemplu, prin rapoarte verbale ori în scris din partea părinţilor sau a celor care oferă serviciul respectiv) ;
- identificarea la timp a problemelor (de exemplu, probleme logistice sau procedurale) în legătură cu asigurarea serviciilor specializate sau cu participarea familiei, pentru a putea opera schimbările necesare în planul de servicii ;
- colaborarea cu familia şi cu furnizorii de servicii pentru a remedia problemele (de exemplu, asistarea părinţilor sau a copilului în rezolvarea problemei transportului) ;
- identificarea dinamicii progreselor copilului şi a familiei în îndeplinirea obiectivelor ;
- comunicarea directă cu familia şi cu profesioniştii care oferă serviciile specializate pentru identificarea problemelor, stabilirea modificărilor şi rezolvarea conflictelor ;
- revizuirea planului de servicii personalizat în funcţie de schimbările care apar ;
- modificarea sau rezilierea contractului cu familia, atunci când este cazul ;
- evaluarea modului în care implementarea planului de servicii personalizat ajută copilul şi familia sa la îndeplinirea scopului propus ; evaluarea se realizează cu participarea specialiştilor colaboratori şi a familiei ;
- transmiterea informaţiei monitorizate către părţile implicate şi interesate : servicii, profesionişti, copil şi familie ;
- organizarea şi coordonarea sesiunilor de lucru ale echipei multidisciplinare ;
- păstrarea documentaţiei scrise în legătură cu toate activităţile monitorizate, inclusiv a rapoartelor solicitate profesioniştilor care oferă serviciile specializate.

Încheierea relaţiei profesionale trebuie să fie discutată cu familia încă de la începutul intervenţiei şi trebuie pregătită pe parcursul desfăşurării planului de servicii. Managerul de caz se va asigura că familia a înţeles termenii de încheiere a relaţiei profesionale şi că acest lucru nu înseamnă că, la nevoie, familia respectivă nu va mai avea acces la informaţii şi servicii.

Contractul cu familia este un instrument utilizat de către managerul de caz în cadrul procesului de monitorizare, se bazează pe rezultatele evaluării complexe a copilului și familiei și stabilește modalitățile concrete de aplicare a planului de servicii personalizat. Managerul de caz are responsabilitatea de a prezenta și explica familiei și, după caz, copilului scopul acestui contract, responsabilitățile părților, rolul contractului în implementarea planului de servicii personalizat și posibilitățile și condițiile în care acest contract se poate modifica sau rezilia. Contractul cu familia este revizuit periodic și modificat de către managerul de caz de câte ori este nevoie, în funcție de progresele care intervin sau schimbările survenite în derularea planului de servicii personalizat. Familia și profesioniștii implicați în derularea intervențiilor specifice de caz vor comunica managerului de caz orice schimbare ce intervine și care necesită modificarea planului de servicii personalizat și a contractului cu familia.

Monitorizarea planului de servicii personalizat presupune din partea managerului de caz următoarele atribuții:

- verificarea modului de furnizare a serviciilor în limita de timp stabilită (de exemplu, prin rapoarte verbale ori în scris din partea părinților sau a celor care oferă serviciul respectiv);
- identificarea la timp a problemelor (de exemplu, probleme logistice sau procedurale) în legătură cu [illegible] sau cu participarea [illegible] pentru a nu se [illegible] planul de servicii;
- colaborarea cu familia și cu furnizorii de servicii pentru a remedia problemele (de exemplu, [illegible] probleme de transport etc.);
- identificarea progreselor copilului și ale familiei în îndeplinirea obiectivelor;
- comunicarea directă cu familia și cu profesioniștii care oferă serviciile specializate pentru identificarea problemelor, nemulțumirilor, modificărilor și rezolvarea conflictelor;
- revizuirea planului de servicii personalizat în funcție de schimbările care apar;
- modificarea sau rezilierea contractului cu familia, atunci când este cazul;
- evaluarea modului în care implementarea planului de servicii personalizat ajută copilul și familia să-și îndeplinească scopurile propuse; evaluarea se realizează cu participarea specialiștilor colaboratori și a familiei;
- transmiterea informațiilor monitorizate către părțile implicate și interesate: servicii, profesioniști, copil și familie;
- organizarea și coordonarea ședințelor de lucru ale echipei multidisciplinare;
- păstrarea documentației scrise în legătură cu toate activitățile monitorizate, inclusiv a rapoartelor solicitate profesioniștilor care oferă serviciile specializate.

Încheierea relației profesionale trebuie să fie discutată cu familia încă de la începutul intervenției și trebuie pregătită pe parcursul desfășurării planului de servicii. Managerul de caz se va asigura că familia a înțeles criteriile de încheiere a relației profesionale și că acest lucru nu înseamnă că, la nevoie, familia respectivă nu va mai avea acces la informații și servicii.

Glosar de termeni din domeniul psihopedagogiei speciale

abilitare – proces de achiziţie a unor deprinderi şi conduite socio-profesionale funcţionale destinate dezvoltării diferitelor roluri pe care persoana le are în mediul comunitar, cu scopul de a îmbunătăţi eficienţa funcţională şi de a creşte progresiv autonomia persoanei cu cerinţe speciale.

abilitate manuală – capacitate a unei persoane de a efectua manual acţiuni cu un scop bine precizat care solicită precizie, dexteritate, adaptare suplă şi eficientă.

absenţă – manifestare clinică a micului acces epileptic constând în pierderea pentru o perioadă scurtă de timp a cunoştinţei, cu conservarea funcţiei statice.

acalculie – incapacitatea de a recunoaşte numerele, de a elabora semne numerice sau de a opera cu acestea (pierderea operaţiilor aritmetice de bază), din cauza unor leziuni cerebrale.

accesibilitate – caracteristică a mediului ambiental care permite persoanelor cu dizabilităţi să participe cu şanse egale în activităţile sociale şi profesionale alături de ceilalţi membrii ai comunităţii.

acomodare oculară – modificare la nivelul globului ocular constând în modelarea curburii cristalinului datorită acţiunii muşchiului ciliar, ceea ce permite formarea unei imagini clare pe retină şi perceperea obiectelor situate la distanţe diferite.

acromatopsie – alterarea capacităţii de percepere a culorilor, retina furnizând senzaţii care includ doar albul, negrul şi nuanţe intermediare; este adesea parţială, afectând doar una sau câteva culori şi se asociază cu scăderea acuităţii vizuale generale, nistagmus şi nictalopie.

act motor – rezultat al unei activităţi individuale, conştiente sau instinctive, care are ca scop efectuarea unei mişcări corporale.

act psihomotor – rezultatul conjugării forţelor motrice cu cele psihice în realizarea unei acţiuni, manifestat prin calitatea actului motor.

activitate – executarea unei sarcini sau acţiuni de către o persoană (reprezintă perspectiva individuală a funcţionării).

activitate ideomotrice – ansamblu al modificărilor neuromusculare, evidente în timpul reprezentării unor mişcări, care asigură controlul conştient asupra acţiunii în vederea atingerii scopului propus.

adaptare – reacţie, conduită sau comportament care constituie o proprietate fundamentală a organismului de a-şi modifica funcţiile şi structurile în raport cu schimbările cantitative şi calitative ale mediului în care trăieşte; se poate vorbi de mai multe forme de adaptare: biologică, psihologică şi socială.

adaptare profesională – acţiune formativă sistematică şi limitată în timp care încearcă să aducă persoana cu dizabilităţi la un nivel optim de dezvoltare profesională.

afazie – tulburare gravă, de nivel central, desemnând pierderea limbajului, consecutivă unor leziuni cerebrale care afectează înţelegerea şi utilizarea limbajului, chiar şi în condiţiile integrităţii anatomo-funcţionale a segmentelor periferice (senzorial şi motor).

afonie – pierdere totală sau parţială a vocii datorată paraliziei muşchilor corzilor vocale sau afectării centrilor nervoşi care coordonează funcţionarea acestor muşchi.

agnozie – tulburare a percepţiei datorată unor leziuni în zonele corticale ale analizatorilor şi caracterizată prin lipsa capacităţii de a recunoaşte obiectele, persoanele, lucrurile etc., deşi segmentul periferic şi funcţiile senzoriale elementare nu sunt afectate.

agnozie vizuală – incapacitate de a recunoaşte vizual obiecte sau imagini cunoscute, incapacitatea de a citi etc.

agnozie auditivă – se caracterizează printr-o audiţie aparent normală, însă persoana aude, în loc de cuvinte, sunete sau zgomote confuze (incapacitatea de a recunoaşte sunetele cu diferite semnificaţii) ; mai este cunoscută sub denumirea de *surditate verbală* sau *surditate psihică*.

agrafie – perturbare majoră a limbajului scris exprimată prin incapacitatea totală sau parţială de a scrie şi datorată, de cele mai multe ori, unei întârzieri generale în dezvoltare ; poate fi şi o formă de apraxie datorată unor disfuncţii la nivel cortical.

agramatism – tulburare a limbajului caracterizată prin pierderea capacităţii de a vorbi corect din punct de vedere gramatical.

alalie – absenţă sau slabă dezvoltare a vorbirii la persoanele care dispun de auz normal şi posibilităţi de dezvoltare intelectuală normală (nu pot fi încadrate în categoria persoanelor cu deficienţe mintale), cauzată de o serie de disfuncţii ale zonelor corticale ale vorbirii ; poate fi alalie senzorială, motorie sau mixtă, fiind cunoscută şi sub denumiri de tipul *audiomutitate* (mutitatea celor care aud), *muţenie idiopatică*, *afazie congenitală* etc.

alexie – inabilitate şi incapacitate de a citi şi înţelege limbajul scris, consecutivă unei disoluţii perceptive vizuale determinate de leziuni ale substanţei albe din lobul occipital, asociată frecvent cu agnozii şi afazii, în care subiectul este capabil de a se exprima verbal sau în scris, dar nu poate înţelege sensul cuvintelor scrise ; este o formă de agnozie vizuală şi este sinonimă cu cecitatea verbală.

alfabetul Braille – sistem convenţional de semne destinat comunicării nevăzătorilor, format din şase puncte în relief, dispuse în trei perechi orizontale, una deasupra celeilalte, corespunzător simbolului fiecărei litere sau cifre din scrierea obişnuită ; a fost inventat de Louis Braille (1809-1882) profesor la Institutului pentru nevăzători din Paris, el însuşi nevăzător.

alfabetul dactil – sistem convenţional de semne care este folosit pentru comunicare între persoanelor lipsite de auz şi în care literele sunt figurate prin diferite poziţii ale degetelor ; există două feluri de alfabet dactil care implică, fie o singură mână, fie ambele mâini.

ambliopie – diminuare, în proporţii variate, a acuităţii vizuale, fără a invoca în mod necesar existenţa unor malformaţii sau leziuni organice, care determină dificultăţi, uneori destul de accentuate, în receptarea şi transmiterea stimulilor vizuali.

ameliorarea calităţii vieţii – acţiuni care se desfăşoară în cadrul unei organizaţii/instituţii din domeniul serviciilor sociale şi care au ca obiectiv creşterea eficacităţii şi randamentului activităţilor şi serviciilor oferite unor categorii de beneficiari sau clienţi aflaţi în dificultate.

anamneză – metodă de identificare şi centralizare a informaţiilor asupra antecedentelor subiectului pentru a fi raportate la etiologia afecţiunilor sale sau la situaţia actuală ; informaţiile pot fi adunate şi sistematizate de către medic, psiholog, psihopedagog, asistent social sau alt specialist al profesiunilor auxiliare, direct de la subiectul în cauză sau prin consultarea persoanelor din anturajul acestuia, interesând în mod special antecedentele medicale sau accidentele morbide precedente.

ancheta socială – reprezintă evaluarea asistentului social în urma vizitelor la domiciliul/locul de rezidenţă al subiectului şi în urma intervievării membrilor familiei, rudelor, vecinilor, prietenilor apropiaţi, altor persoane sau specialişti din reţeaua de servicii sociale pentru persoanele în dificultate ; în anumite situaţii se recomandă ca o parte dintre interviuri să se realizeze în echipă, de către un asistent social şi un psihopedagog sau un alt membru al echipei pluridisciplinare.

apnee – oprirea pe o durată variabilă de timp a respiraţiei ; poate fi mecanică, reflexă, voluntară, de deglutiţie, tranzitorie (la nou-născuţi, imediat după expulzare) şi traumatică.

apraxie – afecţiune de nivel central (leziuni în regiunea parietală şi în corpul calos) care constă în imposibilitatea de a efectua mişcări adaptate unui scop (îmbrăcarea, mersul, scrierea etc.), fără a implica leziuni/afecţiuni ale sistemelor periferice.

asistenţă temporară – formă de intervenţie pe o perioadă limitată în care beneficiarii sunt incluşi/antrenaţi în programe de recuperare şi terapie intensivă, astfel încât să se evite internarea sau instituţionalizarea acestora pe termen lung.

ataxie – tulburare motorie, fără a fi determinată de paralizii, provocată de leziuni ale unor căi nervoase sau ale centrilor din scoarţă care coordonează mişcările şi caracterizată printr-o coordonare defectuoasă a mişcărilor voluntare, mişcări dezordonate, fiind însoţite frecvent şi de tulburări de echilibru.

atelier protejat – perimetru/spaţiu special amenajat ce poate asigura posibilităţi de muncă remunerată sau de readaptare profesională pentru persoanele cu dizabilităţi/handicap care nu pot face faţă exigenţelor din unităţile economice obişnuite sau concurenţei de pe piaţă.

atetoză – tulburare motorie manifestată prin mişcări involuntare, lente, neregulate, necontrolate, mai ales ale mâinilor şi picioarelor, rezultată din coordonarea imperfectă a activităţii musculaturii.

audiogramă – reprezentare grafică a pragului auditiv al unui subiect, pe o gamă de frecvenţe, obţinută în urma unei examinări de specialitate (*audiologie*) cu un aparat destinat aprecierii acuităţii auditive (*audiometru*).

autism – sindrom patologic, apărut în copilărie, caracterizat printr-o stare de înstrăinare/retragere, o lipsă de răspuns social şi/sau interes faţă de cei din jur, dificultăţi de comunicare şi de limbaj, imposibilitatea de a dezvolta un ataşament normal şi existenţa unor căi bizare de a răspunde la stimulii din mediul înconjurător.

bariere – factori din mediul unei persoane care, prin absenţa sau prezenţa lor, limitează funcţionarea şi creează dizabilitatea ; exemplificări : lipsa părinţilor, familie monoparentală, familie dezorganizată, concubinaj/separare/divorţ, decesul unui părinte, relaţii conflictuale, abandonul copilului, abuzul şi neglijarea copilului, violenţa domestică, probleme de sănătate fizică, psihică, boli cronice, existenţa unei persoane cu handicap, sărăcie, şomaj, izolare, marginalizare, nivel educaţional scăzut, apartenenţa la o minoritate (etnică, religioasă etc.), izolare şi marginalizare comunitară, lipsa serviciilor sau dificultăţi în accesul la servicii (de sănătate, educaţionale, sociale, specifice etc.), lipsa resurselor comunitare şi management deficitar al acestora etc.

bâlbâială – tulburare de limbaj de natură nevrotică având drept caracteristici anumite dificultăţi de emitere a sunetelor şi cuvintelor, repetarea sau prelungirea elementelor discursului (foneme, silabe, cuvinte, fraze), introducerea parazitară a unor foneme, grupuri de foneme sau pauze determinate în special de situaţii stresante şi stări afective cu intensitate ridicată, asociate frecvent cu scăderea controlului respiraţiei, diminuarea calităţilor atenţiei etc.

beneficiar – consumator primar de servicii care poate fi considerat client, pacient, rezident, participant etc.

blefarită – inflamaţia marginii libere a pleoapelor care poate interesa pielea, foliculii piloşi ai genelor sau glandelor sudoripare ; poate fi eritematoasă, parazitară, seboreică sau ulceroasă.

boală genetică – manifestare patologică legată de o mutaţie genetică sau cromozomială transmisă de-a lungul mai multor generaţii sau apărute în celulele germinale ale unuia dintre părinţi.

bradilalie – face parte dintre tulburările de ritm ale vorbirii şi constă în încetinirea ritmului vorbirii datorită căreia expresia verbală devine greoaie, lentă, tărăgănată, iar adeseori cuvintele sunt pronunţate silabisit ; apare de regulă în intoxicaţii cronice, stări confuzive, encefalite cronice, stări demenţiale, epilepsie etc.

bradikinezie – încetinire a ritmului, lentoare a mişcărilor, dar fără diminuarea activităţii motorii, care se desfăşoară complet, dar lent.

bradipsihie – simptom caracterizat prin desfăşurarea extrem de lentă a proceselor psihice şi a acţiunilor motorii, manifestat prin prelungirea timpului de latenţă, întârzierea răspunsurilor la stimuli, evocarea greoaie a cuvintelor, monotonia mimicii vocale, explicaţii lente şi amănunţite etc.

brahicefalie – conformaţie a capului în care craniul se dezvoltă preponderent în diametrul lateral, rămânând turtit în diametrul antero-posterior.

cadre didactice itinerante şi de sprijin – cadre specializate ale şcolii speciale care desfăşoară activităţi de recuperare şi dezvoltare psihofiziologică a copilului cu dizabilităţi şi acordă asistenţă psihopedagogică sau de consiliere curriculară elevilor cu dizabilităţi integraţi individual în şcoala obişnuită, în vederea depăşirii dificultăţilor de învăţare şi de integrare şcolară şi socioprofesională.

calitatea serviciilor – caracteristici conjugate ale unei instituţii/organizaţii care oferă credibilitatea şi acreditarea sa pentru satisfacerea unor necesităţi explicite sau implicite ale unor categorii diverse de clienţi aflaţi în dificultate.
calitatea vieţii – concept care reflectă condiţiile de viaţă ale unei persoane în relaţie cu locuinţa, comunitatea, locul de muncă, starea de sănătate şi gradul de bunăstare ; fenomen subiectiv care ţine de subiectivitatea percepţiei unei persoane şi de experienţa sa de viaţă.
capacitate – termen care indică nivelul cel mai înalt probabil pe care o persoană l-ar putea atinge într-un domeniu de activitate şi participare, la un moment dat ; capacitatea se măsoară într-un mediu uniform sau standardizat, deci reflectă abilitatea individului adaptată la mediu.
cariotip – ordonare sistematică a cromozomilor dintr-o celulă aşa cum a fost observată pe imaginea microscopică ; este şi un criteriu de apreciere genetică a speciei deoarece forma şi numărul cromozomilor sunt o caracteristică a acesteia.
cecitate – incapacitate vizuală totală corespunzătoare unei acuităţi vizuale sub 1/6 sau unui câmp vizual sub 20 de grade ; diminuarea acuităţii vizuale până la pragul în care vederea reziduală este considerată a fi neglijabilă.
centru de plasament – instituţie publică sau privată cu caracter socioeducativ şi/medical unde sunt primiţi şi asistaţi copii pe o perioadă variabilă, până la identificarea unor soluţii optime, în funcţie de situaţia acestora.
centru rezidenţial (de protecţie specială) – unitate de protecţie specială destinată, în special, persoanelor adulte cu cerinţe speciale, unitate care, pe lângă serviciile de asistenţă (medicală, psihologică, socială), asigură beneficiarilor cazare şi masă (de obicei, pe termen lung).
cerinţe speciale (nevoi speciale) – cerinţe specifice persoanei cu handicap, sau cu dizabilităţi determinate de existenţa handicapului, de natura şi gravitatea acestuia.
cerinţe educative speciale (*CES*) – cerinţele în plan educativ ale unor categorii de persoane, cerinţe consecutive unor disfuncţii sau deficienţe de natură intelectuală, senzorială, psihomotrice, fiziologică etc. sau unor condiţii psihoafective, socioeconomice sau de altă natură (cum ar fi absenţa mediului familial, condiţii de viaţă precare, anumite particularităţi ale personalităţii copilului etc.) care plasează elevul într-o stare de dificultate în raport cu ceilalţi din jur ; această stare nu-i permite o existenţă sau o valorificare în condiţii normale a potenţialului intelectual şi aptitudinal de care dispune şi induce un sentiment de inferioritate care accentuează condiţia sa de persoană cu cerinţe speciale ; altfel spus, cerinţele educative speciale solicită abordarea actului educaţional pornind de la capacităţile elevului deficient sau aflat în dificultate de a înţelege şi valorifica conţinutul învăţării, şi nu de pe poziţia profesorului sau educatorului care desfăşoară activitatea instructiv-educativă în condiţiile unei clase de elevi mai mult sau mai puţin omogene.
clasă specială – clasă organizată pentru grupele de elevi care au nevoie de o educaţie specială într-o şcoală obişnuită ; aceşti elevi pot studia o parte sau toate materiile de predare din unitatea şcolară respectivă.
clinodactilie – malformaţie congenitală constând din devierea laterală a degetelor mâinii (în special policele şi auricularul), deviere care se produce în prima articulaţie.
coeficient de inteligenţă – coeficient al dezvoltării intelectuale care completează conceptul de vârstă mintală introdus de A. Binet, reprezentând raportul dintre vârsta mintală (determinată cu ajutorul unor probe/teste standard) şi vârsta cronologică înmulţit cu 100 ; noţiune introdusă în literatura de specialitate de W. Stern (1912), noţiune care permite comparaţii individuale şi comparaţii la nivelul aceluiaşi subiect prin urmărirea în timpul înaintării în vârstă a acestui raport.
compensarea – proces complex de reechilibrare a funcţionării organismului, în scopul adaptării la solicitările mediului, pe baza legii unităţii şi interacţiunii părţilor componente ale unui sistem.
complex de inferioritate – apare în copilărie, când subiectul devine conştient de slăbiciunile sale, constând într-o sumă de trăiri personale cu un fond afectiv foarte intens, declanşate de evenimente, situaţii, relaţii umane sau alte experienţe de viaţă care au un caracter frustrant şi care determină copilul să se replieze asupra lui însuşi, să se retragă din acţiune şi să se refugieze într-o reverie consolatoare în care să-şi „trateze rănile”.

comportament – ansamblul relaţiilor adaptive, observabile în mod obiectiv, pe care un organism le execută ca răspuns la stimulii din ambianţă ; în structura oricărui comportament se disting următoarele elemente : stimulul, prelucrarea şi interpretarea informaţiei, alegerea şi execuţia reacţiei de răspuns, înregistrarea şi evaluarea efectului adaptabil prin intermediul feedback-ului.

comportament adaptiv – gradul în care un individ atinge standardele independenţei personale şi responsabilităţii sociale în raport cu vârsta şi normele grupului social de care aparţine.

comunicare gestuală – sistem de comunicare utilizat de persoanele cu deficienţe profunde de auz prin care cuvintele şi noţiunile se exprimă sub formă de semne, mişcări ale mâinilor şi gesturi, traducând un concept, o idee sau un ansamblu mai complex de idei.

conduita – felul unui subiect de a se conduce şi a acţiona mintal şi motor într-o situaţie dată sau în situaţii tipice.

contract/convenţie – înţelegere, acord scris între unitatea/instituţia ce furnizează servicii de asistenţă şi intervenţie specializată şi beneficiar, prin care se stabilesc tipurile de servicii oferite, condiţiile în care se furnizează serviciile respective, drepturile şi obligaţiile fiecăreia dintre părţi.

convulsie – contracţie musculară generalizată şi involuntară cu mişcări dezordonate ale unui membru sau ale întregului corp ; contracţie musculară violentă, spasmodică, în absenţa controlului voluntar.

coree – maladie nervoasă întâlnită în special la copii, manifestată prin mişcări anormale, dezordonate, lipsite de ritm, agitaţie globală, haotică, însoţită de ticuri şi grimase, care apare în encefalopatii, infecţii care afectează structurile cerebrale etc.

crearea unui mediu de viaţă adecvat – folosirea optimă a mediului de către indivizii care utilizează orice tip de susţinere tehnică (scaune cu rotile, cârje, proteze etc.) sau care au o formă de deficienţă fizică, psihică sau senzorială, în conformitate cu principiul accesibilităţii şi normalizării vieţii acestora.

criterii de calitate – definiţie teoretică a nivelului de calitate al unui program şi/sau ale unor acţiuni de intervenţie destinate persoanelor cu dizabilităţi, care se consideră satisfăcător din punctul de vedere al satisfacerii nevoilor/cerinţelor specifice ale acestora.

cubitus valgus – deformaţie congenitală sau dobândită care constă din devierea în valg a ulnei (cubitusului), şi deci a întregului antebraţ, din articulaţia cotului.

deficienţă – pierderea, anomalia, perturbarea cu caracter definitiv sau temporar a unei structuri fiziologice, anatomice sau psihologice ; desemnează o stare patologică, funcţională, stabilă sau de lungă durată, evidenţiată prin metode şi mijloace clinice sau paraclinice (explorări funcţionale sau alte evaluări folosite de serviciile medicale), ireversibilă sub acţiunea terapeutică şi care afectează capacitatea de muncă, deregland procesul de adaptare şi integrare la locul de muncă sau în comunitate a persoanei în cauză.

deficienţă mintală – reducere semnificativă a capacităţilor psihice care determină o serie de dereglări ale reacţiilor şi mecanismelor de adaptare ale individului la condiţiile în permanentă schimbare ale mediului înconjurător şi la standardele de convieţuire socială dintr-un anumit areal cultural, ceea ce plasează individul într-o situaţie de incapacitate şi inferioritate, exprimată printr-o stare de handicap în raport cu ceilalţi membri ai comunităţii din care face parte.

deficienţă motorie – dereglare a unor reacţii musculare prin care se efectuează mişcarea corporală, determinată de leziuni ale sistemului nervos central sau periferic, de traumatisme musculare sau de anumite stări de boală ale organismului.

deficienţă senzorială – tulburare a reflectării însuşirilor simple ale obiectelor şi fenomenelor lumii materiale în urma interacţiunii acestora cu organele de recepţie senzorială, determinată de funcţionarea necorespunzătoare a analizatorilor în unul sau mai multe segmente din structura anatomică a acestora.

demutizare – activitatea complexă de înlăturare a mutităţii cu metode şi mijloace specifice, prin valorificarea căilor organice nealterate şi pe baza compensării funcţionale ; are o componentă didactică semnificativă şi presupune însuşirea celor trei componente ale limbajului : componenta fonetică (articularea corectă a fonemelor şi a structurilor fonetice specifice fiecărei

limbi), lexicul (cuvintele care formează vocabularul unei limbi) şi structura gramaticală (setul de reguli care se aplică în realizarea construcţiilor lexicale pentru o exprimare verbală corectă şi inteligibilă).

depresie – stare psihică morbidă, fenomen psihopatologic caracterizat printr-o scădere a tonusului activităţii psihice şi motorii însoţită de stări de tristeţe, deprimare, fatigabilitate, anxietate, încetinirea proceselor cognitive, incapacitate decizională, astenie, insomnie, tulburări somatice, lentoare psihomotorie etc.

dezinstituţionalizare – termen aflat în relaţie directă cu cel de *normalizare*, evidenţiat prin mişcările sociale de transferare a persoanelor cu dizabilităţi din instituţii/centre rezidenţiale mari în centre rezidenţiale de dimensiuni apropiate locuinţelor normale, plasate în interiorul comunităţilor.

dezvoltare psihomotorie – proces de structurare a psihomotricităţii care debutează la naştere şi care urmăreşte: dezvoltarea locomoţiei, dezvoltarea sensibilităţii, a schemei corporale şi lateralităţii, tonusul şi motricitatea, procesele de cunoaştere, conduita de autoservire şi calitatea mişcărilor.

diagnostic – proces complex de recunoaştere/identificare a unui proces, fenomen sau a particularităţilor anatomice, fiziologice, psihologice şi patologice ale unei persoane folosind metode, procedee şi tehnici specifice fiecărui domeniu care face obiectul diagnosticului; în sens larg putem vorbi despre o tipologie diversă a diagnosticului: medical, funcţional, psihologic, pedagogic, social.

În altă ordine de idei, există diverse scale de diagnostic:

- *diagnosticul clinic*, stabilit de medicul specialist, se raportează la boală, semne clinice, lipsuri, insuficienţe, incapacităţi (ceea ce intră în conţinutul conceptului de *deficienţă propriu-zisă*);
- *diagnosticul funcţional* stabilit de comisia medicală de diagnostic complex în conformitate cu normele de expertiză medicală a capacităţii de muncă; este o evaluare a decalajului ce apare pentru subiectul evaluat, ca dezavantaj în confruntarea dintre deficienţa sa morfo-funcţională şi solicitările activităţii şcolare şi profesionale;
- *diagnosticul psihopedagogic* stabilit de psiholog, psihopedagog sau pedagog constă în realizarea psihodiagnozei, evaluare curriculară, prognostic şcolar şi profesional.

O atenţie deosebită se acordă *diagnosticului diferenţial* – diagnosticul care discriminează între afecţiuni cu simptomatologie şi etiologie asemănătoare; diagnostic de precizie, de „fineţe", care, în domeniul psihopedagogic, este adesea foarte greu de stabilit şi în funcţie de care se poate proiecta o intervenţie eficientă.

dificultăţi de învăţare – particularităţi ale proceselor cognitive, limbajului, ortografiei şi citirii, consecutive unor tulburări de percepţie, leziuni cerebrale, disfuncţionalităţi cerebrale minime etc., care afectează performanţa şcolară şi capacitatea copilului în înţelegerea şi asimilarea conţinuturilor şcolare, fără a implica deficienţe senzoriale, mintale, neuromotorii, tulburări afective sau alte afecţiuni organice grave.

discalculie – perturbare în mecanismele de înţelegere şi efectuare a operaţiilor de calcul, însoţită şi de tulburări ale organizării spaţiale, la copiii cu inteligenţă normală.

disgrafie – afectare semnificativă a calităţii scrisului, exprimată în substituiri, omisiuni, inversări de litere şi silabe sau fuziuni de cuvinte, neregularitatea desenului literelor şi dispunerea lor anarhică în pagină, fără a implica deficienţe neurologice sau intelectuale care să condiţioneze explicit performanţa actului grafic.

dislalie – tulburare a vorbirii, frecvent întâlnită în copilărie, caracterizată prin deficienţe în pronunţarea unor sunete sau grupe de sunete de tipul: imposibilitatea pronunţării unor sunete, pronunţarea deformată, neclară, incorectă a unor sunete, înlocuirea unor sunete care nu pot fi pronunţate cu alte sunete, rostire nazonantă, vorbirea în ansamblu fiind normală.

dislexie – dificultate specifică evidentă în procesul de citire a unui text în care simbolurile citite nu sunt precis identificate şi corect reproduse, fără a implica tulburări senzoriale sau motorii, însoţită frecvent şi de alterări fonetice, afectarea nivelului de înţelegere a celui mai simplu

text; la copii se manifestă prin dificultăţi de simbolistică a orientării spaţiale a semnelor grafice cum ar fi: inversiuni de silabe (*ra* în loc de *ar*), confuzii de litere simetrice (*d* şi *b*, *p* şi *q* etc.), confuzii de foneme apropiate (*v* şi *f*, *c* şi *g* etc.), omisiuni de sunete.

disortografie – dificultate specifică evidentă în transcrierea limbajului scris, fără a implica tulburări senzoriale sau motorii la subiecţi cu nivel intelectual global normal.

displazie – anomalie în dezvoltarea ţesuturilor, organelor sau a unei regiuni anatomice care determină diformităţi sau chiar monstruozităţi, unele incompatibile cu viaţa.

dizabilitate – termen generic pentru deficienţe, limitări de activitate şi restricţii de participare; relevă aspectul negativ al interacţiunii individ – context.

dobândirea de abilităţi – schimbări intervenite la nivelul individului ca o consecinţă a măsurilor terapeutice, recuperatorii şi a receptării modificărilor ambientale produse de intervenţia serviciilor/programelor de sprijin/suport, care favorizează un nivel optim de autonomie şi participare a persoanei cu cerinţe speciale la activităţi socioprofesionale.

dolicocefalie – modificarea formei craniului caracterizată prin alungirea diametrului său antero--posterior.

echipamente şi dispozitive de sprijin – echipamente şi dispozitive auditive, fotolii rulante, bare sau cadre speciale, panouri cu imagini sau diagrame cu simboluri etc., care au scopul de a compensa şi/sau a reduce incapacitatea consecutivă unor deficienţe.

ecoharta/ecomap – reprezentare grafică a calităţii relaţiilor sociale ale persoanei în comunitatea/mediul în care îşi desfăşoară existenţa.

encefalită – acţiune inflamatorie cu etiologie variată a ţesutului nervos central caracterizată prin leziuni alternative ale celulelor gliale şi tulburări ale funcţiilor cerebrale.

encefalopatie – denumire generică dată unui complex simptomatic polimorf, care exprimă o suferinţă difuză a encefalului, determinată de cauze variate, manifestată prin perturbări neurologice, instabilitate psihomotorie; în cazul encefalopatiei infantile se evidenţiază şi deficienţa mintală.

etiologie – sistem de cauze care determină apariţia unor stări anormale sau a unor afecţiuni/boli, evidenţiind originea şi evoluţia acestora; include factori genetici, fiziologici, psihologici, de mediu, socio-culturali etc.; în funcţie de localizarea sistemului cauzal, putem întâlni *etiologie endogenă* (de origine internă, din interiorul organismului) şi *etiologie exogenă* (de origine externă, din afara organismului).

evaluare (a cerinţelor) – proces prin care sunt determinate cerinţele de îngrijire, asistenţă, recuperare etc. ale beneficiarilor în vederea stabilirii, elaborării şi aplicării planului personalizat de servicii al acestuia; se efectuează de către o echipă multidisciplinară şi include trei perspective de abordare: biofizică, psihopedagogică şi socială.

eterogenitatea – teză lansată de A. Piéron, prin care se argumentează proporţia inversă ce există între eterogenitatea aptitudinilor şi nivelul global mediu al deficienţilor mintal; relativa independenţă a unor aptitudini în raport cu inteligenţa (trebuie comparată cu noţiunea de *heterocronie* pentru înţelegerea mentalităţii şi dinamicii comportamentului care explică deficienţa mintală).

factori contextuali – factori care, împreună (mediul şi factorii personali), constituie contextul complet al vieţii unui individ.

factori facilitatori – factori din mediul unei persoane care, prin absenţa sau prezenţa lor, ameliorează funcţionarea şi reduc dizabilitatea; exemplificări: existenţa ambilor părinţi, familie nucleară, familie lărgită, familie organizată (căsătorie), relaţii intrafamiliale armonioase, familie percepută ca mediu securizant de către copil, stare de sănătate bună a familiei, condiţii materiale suficiente care asigură minimul de calitate vieţii, mediul educaţional favorizant, participare şi integrare în viaţa comunitară, accesul la servicii (de sănătate, educaţionale, sociale, speciale) în funcţie de nevoi, existenţa resurselor comunitare şi sociale, cât şi managementul eficient al acestora, politici coerente integrative de protecţie a copilului şi a familiei etc.

factori de mediu – se referă la toate aspectele lumii externe sau extrinsece care formează contextul existenţei unui individ şi care au un impact asupra funcţionării persoanei respective (prin factori de facilitare sau prin bariere); printre factorii de mediu se numără lumea fizică şi

trăsăturile sale, lumea construită de oameni, alte persoane aflate în diferite relaţii şi roluri, atitudini şi valori, sisteme şi servicii sociale, precum şi politici, reglementări şi legi.

factori personali – factori contextuali legaţi de individ, cum ar fi: vârsta, sexul, statutul social, experienţa de viaţa etc.

fratrie – se referă la descendenţa aceloraşi parentali; fraţii care au aceiaşi părinţi.

funcţionare– termen generic care se referă la structurile şi funcţiile corpului, activităţi şi participare; relevă aspectul pozitiv al interacţiunii dintre individ şi factorii contextuali.

genă – unitate funcţională fundamentală a materialului ereditar din celulă, un segment de cromozom, un fragment din macromolecula de ADN, care conţine informaţia genetică necesară controlului sintezei unei proteine specifice.

genogramă – reprezentare grafică a „arborelui genealogic" pe două, trei sau chiar patru generaţii, în care sunt evidenţiate informaţii privind structura familiei, relaţiile de stare civilă existente între membrii familiei şi alte informaţii relevante în analiza/studiul unui caz.

genotip – totalitatea genelor pe care le posedă un organism sau constituţia genetică totală a organismului, răspunzătoare de caracteristicile fizice şi biochimice ale acestuia, exprimate prin fenotip.

handicap – dezavantaj social, rezultat dintr-o deficienţă sau incapacitate, care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol într-un context social, cultural, în funcţie de vârsta, sexul sau profesia persoanei respective; altfel spus, handicapul este o funcţie a relaţiei dintre persoanele cu incapacitate şi mediul lor de viaţă, fiind evidenţiat atunci când aceste persoane întâlnesc bariere culturale, fizice sau sociale, împiedicându-le accesul la diferite activităţi sau servicii sociale care sunt disponibile în condiţii normale celorlalte persoane din jurul lor.

heterocronia – caracteristică importantă a deficienţelor mintale, reprezentând decalajul fundamental dintre diferitele componente ale dezvoltării generale a copilului: decalajul dintre dezvoltarea somatică şi dezvoltarea psihică, dintre vârsta cronologică şi cea mintală, între acestea existând un decalaj temporal.

hidrocefalie – sindrom caracterizat printr-o acumulare de lichid cefalorahidian aflat în stare de tensiune în cutia craniană (internă), în interiorul cavităţilor ventriculare cerebrale (externă) sau între foiţele meningiene, însoţită frecvent de atrofii cerebrale.

hipertrofie – dezvoltare exagerată a unui organ sau ţesut ca urmare a activităţii sale crescute în scop adaptiv sau compensator.

hipoacuzie – diminuare a capacităţii auditive care influenţează negativ însuşirea şi folosirea corectă a limbajului.

hipotrofie – dezvoltare subnormală a unui organ, ţesut sau a întregului organism, datorată unui metabolism scăzut, de etiologie nutriţională, circulatorie sau neuro-hormonală.

hipoxie natală – reducerea nivelului oxigenului sub limite normale, datorată tulburărilor de instalare a respiraţiei extrauterine, imediat după naştere.

inadaptare – consecinţa directă a deficienţei sau incapacităţii care diminuează ori limitează gradul de manifestare socială a persoanelor cu dizabilităţi; se poate manifesta sub diverse forme: inadaptare propriu-zisă, marginalizare, inegalitate, segregare, excludere.

incapacitate – o pierdere, o diminuare totală sau parţială a posibilităţilor fizice, mintale, senzoriale etc., consecinţă a unei deficienţe care împiedică efectuarea normală a unor activităţi. Indiferent de forma de manifestare (fizică, senzorială, mintală etc.), incapacitatea conduce la modificări de adaptare, la un anumit comportament adaptiv, la performanţe funcţionale care determină forme, mai mult sau mai puţin grave, de autonomie personală, profesională sau socială; altfel spus, incapacitatea reprezintă perturbarea capacităţii de îndeplinire normală a unei activităţi sau a unui comportament şi poate avea un caracter reversibil sau ireversibil, progresiv sau regresiv.

infirmitate motorie cerebrală – afecţiune produsă în mica copilărie şi caracterizată prin variate tipuri şi grade de paralizie, spasticitate, atetoză şi ataxie.

inserţie pe piaţa muncii – acţiune organizată pentru a ajuta persoanele cu dizabilităţi să identifice, să obţină şi/sau să păstreze un loc de muncă/serviciu care să corespundă necesităţilor şi capacităţilor profesionale, sociale, psihice şi fizice ale acestora.

integrare – includerea persoanelor cu cerinţe speciale în procesele sociale generale şi într-un mediu cât mai normal posibil; presupune planificarea riguroasă şi controlată a unui mediu în care persoanele cu dizabilităţi să poată beneficia efectiv de principiul egalităţii şanselor în raport cu persoanele obişnuite din jur.

integrare comunitară – acces şi participare, în condiţii de autonomie personală, la oportunităţile (muncă, educaţie, cultură etc.) oferite de comunitatea de apartenenţă a persoanei cu cerinţe speciale/handicap.

integrare funcţională – vizează posibilitatea accesului persoanelor cu cerinţe speciale la utilizarea tuturor facilităţilor şi serviciilor oferite de mediul social/comunitate pentru asigurarea unui minimum de confort (de exemplu, folosirea mijloacelor de transport în comun, facilităţi privind accesul stradal sau în diferite instituţii publice etc.).

integrare în muncă – set de acţiuni, servicii şi programe dezvoltat de organizaţiile şi instituţiile care au ca obiectiv includerea şi menţinerea persoanelor cu dizabilităţi într-un mediu de muncă cât mai normal posibil.

integrare socială – ansamblul relaţiilor sociale stabilite între persoanele cu cerinţe speciale şi ceilalţi membri ai comunităţii (vecini, colegi de serviciu, oameni de pe stradă, funcţionari publici etc.); aceste relaţii sunt influenţate de atitudinile de respect şi stimă şi de ansamblul manierelor de interacţiune dintre oamenii normali şi cei cu cerinţe speciale.

integrare şcolară – se referă, în esenţă, la procesul de includere în şcolile de masă sau în clasele obişnuite, la activităţile educative formale şi nonformale, a copiilor consideraţi ca având cerinţe educative speciale (copii cu deficienţe senzoriale, fizice, intelectuale sau de limbaj, defavorizaţi socioeconomic şi cultural, copii din centrele de asistenţă şi ocrotire, copii cu uşoare tulburări psihoafective şi comportamentale, copii infectaţi cu virusul HIV etc.) pentru a oferi un climat favorabil dezvoltării armonioase şi cât mai echilibrate a personalităţii acestora.

inteligenţă motrice – aptitudine specială care include în structura ei elemente cognitive (senzoriale şi logice) alături de memorie şi deprinderi motrice, şi presupune conştientizarea impulsurilor kinestezice, controlul corpului şi al segmentelor sale, manifestându-se în activităţi ce reclamă rezolvarea unor situaţii prin efectuarea unor mişcări inedite sau adaptarea mişcărilor automatizate la condiţii deosebite.

kinetoterapie – acţiune întreprinsă în vederea refacerii organismului după unele afecţiuni şi traumatisme care au influenţă negativă asupra mobilităţii segmentelor corpului, prin folosirea mişcării sub diferite forme de tratament.

lateralitate – prevalenţa funcţională a unuia dintre segmentele simetrice ale corpului (dreaptă sau stângă) care implică predominanţa unor mecanisme din sfera cerebrală; gradul superior de organizare a activităţii corporale, bazat pe interacţiunea şi coordonarea reciprocă a celor două emisfere cerebrale, dintre care una devine dominantă şi controlează mişcările segmentelor corpului din partea opusă.

limitări ale activităţii – dificultăţi pe care o persoană cu dizabilităţi le poate avea în executarea activităţilor; pot oscila de la forme uşoare la forme severe în ceea ce priveşte calitatea, cantitatea şi maniera de execuţie.

logopedie – disciplină psihopedagogică de studiere şi reeducare sau terapie corectivă a limbajului prin metode şi procedee specifice, adecvate fiecăreia dintre tulburările de limbaj.

macrocefalie – anomalie caracterizată printr-un craniu cu dimensiuni superioare datelor antropometrice corespunzătoare vârstei, consecutiv hidrocefaliei sau prezenţei unor sindroame specifice (sindromul Sotos, sindromul Ruvalcaba, sindromul acrocalosal, agenezia de corp calos, sindromul Dandy-Walker, boala Canavan, boala Alexander, sindromul X fragil etc.).

management (al unităţii de protecţie specială) – proces complex de planificare, organizare, conducere, coordonare a activităţilor şi administrare a resurselor (materiale, umane, financiare etc.) la nivelul unităţilor/instituţiilor de protecţie specială a persoanelor cu cerinţe speciale, în baza prerogativelor legale.

managementul de caz – metodă de coordonare a tuturor activităţilor de asistenţă şi intervenţie desfăşurate în interesul persoanei aflate în dificultate şi al familiei sale.

Această metodă contribuie la reducerea problemelor care pot apărea din cauza fragmentării serviciilor și intervențiilor, fluctuației de personal sau coordonării inadecvate a ofertanților de servicii necesare persoanei în dificultate. Presupune parcurgerea următoarelor etape:
- identificarea și preluarea cazurilor;
- evaluarea complexă (comprehensivă și multidimensională);
- planificarea serviciilor și a intervențiilor, inclusiv elaborarea unui plan de servicii personalizat;
- furnizarea serviciilor și a intervențiilor;
- monitorizarea și reevaluarea periodică a progreselor înregistrate, a deciziilor și a intervențiilor specializate;
- etapa de încheiere/finală.

Toate activitățile desfășurate în cadrul acestor etape se bazează pe principiile individualizării și personalizării serviciilor și intervenției.

managerul de caz – funcție îndeplinită de un profesionist al echipei multidisciplinare care are responsabilități majore în îndeplinirea planului de servicii personalizat și care îndeplinește toate activitățile specifice de planificare, coordonare și monitorizare stabilite de către echipa multidisciplinară și descrise în planul de servicii personalizat.

microcefalie – anomalie caracterizată printr-un craniu cu dimensiuni inferioare datelor antropometrice corespunzătoare vârstei, datorată sinostozei premature a suturilor craniene, infecțiilor intrauterine, radiațiilor, sindroamelor cu dezvoltare anormală, bolilor degenerative, fenilcetonuriei materne și alcoolismului matern.

normalizare – termen apărut în țările scandinave care se referă, în principal, la asigurarea unor condiții de existență corespunzătoare pentru persoanele cu cerințe speciale, acceptarea acestora în cadrul societății sau comunității din care fac parte, fiindu-le asigurate aceleași drepturi, responsabilități și posibilități de acces la serviciile comunitare (medicale, publice, educaționale, profesionale, de timp liber etc.) ca și celorlalți membri ai societății, în scopul dezvoltării și valorificării optime a potențialului de care aceste persoane dispun; altfel spus, normalizarea se referă la sprijinul oferit persoanelor cu cerințe speciale de către componentele sistemului social pentru a permite acestora un mod de viață similar sau apropiat cu cel al celorlalți membri ai societății; consecințele practice ale normalizării sunt concepțiile bazate pe integrare.

nistagmus – oscilații ritmice ale globilor oculari care se deplasează rapid pe verticală, orizontală sau circular, datorate unor contracții spastice ale mușchilor globilor oculari cu origine în cortex și în aparatul vestibular.

ortofonie – domeniu de activitate care se ocupă cu emisia corectă a sunetelor/fonemelor și învățarea pronunției de către elevii cu deficiențe de auz, în vederea realizării comunicării orale inteligibile.

ontogeneză – dezvoltare individuală a organismelor vii care cuprinde toate transformările organismului, de la stadiul de embrion și până la sfârșitul existenței sale.

organizație (care oferă servicii persoanelor aflate în dificultate) – entitate sau agenție cu caracter public sau privat, constituită juridic sau nu, care are propria sa structură organizatorică sau administrativă și care propune și coordonează servicii create pentru a minimaliza efectele limitărilor funcționale ale persoanelor cu dizabilități și pentru a dezvolta potențialul pe care acestea îl au.

orientare profesională – proces global și sistematic care are ca obiectiv consilierea persoanelor cu dizabilități în dezvoltarea profesională, sprijinirea în dobândirea informațiilor cu caracter profesional, educațional, medical, psihologic, social și cultural, astfel încât acestea să își poată pune în valoare aptitudinile și deprinderile proprii în activități profesionale socialmente utile.

orientare spațio-temporală – capacitatea unei persoane de a percepe adecvat însușirile spațiale ale obiectelor, dispunerea lor în spațiu și poziția propriului corp în raport cu elementele din spațiu, precum și perceperea localizării în timp a propriei persoane și a unor momente raportate unele la altele; pretinde o capacitate ridicată de generalizare, memorare, reprezentare corectă a schemei corporale etc.

orteză – aparat ortopedic care serveşte la corectarea sau ameliorarea funcţionării părţilor mobile ale corpului.

paratonie – deficienţă motrice caracterizată prin tulburarea tonusului muscular, imposibilitatea relaxării voluntare a musculaturii şi imposibilitatea contracţiei voluntare a muşchilor, întâlnită la persoanele cu deficienţă fizică sau de intelect alături de alte sindroame neurologice.

pareză – deficit motor parţial, de intensitate uşoară sau moderată ; paralizie parţială, incompletă, manifestată prin diminuarea forţei musculare care permite mişcări de amplitudine redusă ; poate avea mai multe forme : hemipareză (este afectată o jumătate a corpului), monopareză (afectat un singur membru/segment), parapareză (afectate membrele inferioare) şi tetrapareză (sunt afectate toate membrele corpului).

participare – implicarea unei persoane în situaţii concrete de viaţă ; are în vedere perspectiva societală a funcţionării relaţiilor interumane.

persoane cu handicap – sunt, potrivit legii, „acele persoane cărora mediul social, neadaptat deficienţelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale, le împiedică total sau le limitează accesul cu şanse egale la viaţa socială, potrivit vârstei, sexului, factorilor materiali, sociali şi culturali proprii, necesitând măsuri de protecţie specială în sprijinul integrării lor sociale şi profesionale" (Legea nr. 519/2002 pentru aprobarea Ordonanţei de Urgenţă a Guvernului nr. 102/1999, privind protecţia specială a persoanelor cu handicap).

plan de servicii personalizat – reprezintă un cadru de organizare a intervenţiei specializate pentru persoanele cu cerinţe speciale incluse într-un program de intervenţie şi recuperare care permite planificarea şi coordonarea resurselor şi serviciilor personalizate/individualizate, asigurarea coerenţei şi complementarităţii intervenţiilor, fiind focalizat pe cerinţele individuale ale persoanei.

praxie – totalitatea gesturilor şi mişcărilor mijlocite prin deprinderi, abilităţi, capacităţi de manipulare şi utilizare optimă a obiectelor, uneltelor, instrumentelor de diferite tipuri, în vederea realizării unor acte motorii adecvate unor scopuri bine stabilite ; comportă două aspecte : activitatea intelectuală şi activitatea mnezică, bazată pe memorarea succesiunii în timp şi spaţiu a diferitelor mişcări care trebuie executate în vederea îndeplinirii acţiunilor intenţionale.

prevenire – proces de eliminare/limitare a cauzelor care au favorizat sau au determinat apariţia unei deficienţe, de identificare a mijloacelor şi practicilor care să micşoreze gravitatea dizabilităţilor, astfel încât să se ajungă la o intervenţie precoce asupra efectelor acestora, precum şi de reducere a consecinţelor şi prejudiciilor asociate cu dizabilitatea.

procedură – conţine, de regulă, elemente precum : scopurile şi domeniul de aplicare a unei activităţi de intervenţie ; conţinutul activităţii ; cine, când, unde şi cum efectuează activitatea ; ce materiale, echipamente şi documente trebuie utilizate ; cum trebuie controlată şi înregistrată activitatea.

program de abilitare – reuniune structurată de obiective şi acţiuni destinate persoanelor cu dizabilităţi, cu scopul final de a dezvolta la maximum potenţialul fizic, psihic şi social al acestora.

program de intervenţie personalizat – reprezintă un instrument de lucru permanent pentru unul sau mai mulţi membri ai echipei de intervenţie, utilizat pentru eficientizarea activităţilor de intervenţie şi atingerea finalităţilor prevăzute în planul de servicii personalizat. ; în acest program sunt specificate obiectivele, activităţile propriu-zise, metodele şi mijloacele utilizate, durata activităţilor, formele de evaluare şi de revizuire a planului de intervenţie.

program de inserţie pe piaţa muncii – sprijin tehnic şi suport financiar dirijate către angajatori şi persoanele cu dizabilităţi recuperate, care au ca scop identificarea, menţinerea şi ameliorarea unui loc de muncă.

program de orientare/formare profesională – acţiuni centrate pe dezvoltarea abilităţilor de muncă astfel încât o persoană cu nevoi speciale să poată dobândi acele capacităţi care sunt necesare pentru a urma o traiectorie profesională bine determinată în acord cu posibilităţile de muncă disponibile în comunitate.

program de reabilitare – structură/succesiune de proceduri şi intervenţii destinate unei persoane cu dizabilităţi care să ducă la un grad cât mai mare de recuperare a nivelului mintal, fizic şi social al acesteia.

protecţie specială – asistenţă (socială, medicală etc.) acordată de stat persoanelor cu dizabilităţi, în baza legilor în vigoare.

raportul de evaluare complexă – reprezintă analiza şi sinteza tuturor informaţiilor referitoare la o anumită persoană evaluată şi a recomandărilor membrilor echipei pluridisciplinare, precum şi propunerea de încadrare într-un grad de handicap şi orientarea şcolară şi profesională.

reabilitare – proces global şi continuu de intervenţie iniţiat pentru a sprijini persoanele cu dizabilităţi în dezvoltarea personală şi integrarea totală obţinută pe baza unor obiective definite şi cu durată limitată ; altfel spus, o reuniune coerentă de mijloace, servicii de sprijin şi de asistenţă acordate într-o manieră simultană sau succesivă persoanelor cu dizabilităţi pentru reinserţia socială a acestora ; procesul trebuie să aibă ca finalitate includerea persoanei într-o viaţă profesională şi socială cât mai normală posibil, orientată către un loc de muncă plătit, adaptat capacităţilor sale şi în care să îşi poată valorifica la maximum potenţialul aptitudinal şi profesional.

reabilitare bazată pe comunitate (RBC) – termen care acoperă serviciile oferite persoanelor cu dizabilităţi şi familiilor acestora în comunitate sau chiar la domiciliu, şi nu în centre sau instituţii specializate ; supervizorii (în acest caz, conceptul se referă la voluntari sau persoane din comunitate care au o pregătire specială) pot efectua vizite la domiciliul familiilor sau se pot întâlni cu persoanele care prezintă dizabilităţi şi cu familiile acestora în centre locale pentru a le oferi consultanţă şi sprijin.

recuperare – formă de intervenţie care urmăreşte normalizarea unei stări/funcţii deficitare, refacerea capacităţilor funcţionale ale individului, afectate în urma acţiunii unor factori etiologici specifici, care au determinat apariţia unei deficienţe sau tulburări ; putem vorbi despre recuperare morfofiziologică, psihologică, educaţională etc.

reprezentant/aparţinător al persoanei cu dizabilităţi/handicap – persoană din afara unităţii de protecţie specială care acţionează în numele şi în interesul beneficiarului de servicii (persoana cu dizabilităţi), atunci când respectivul nu poate face acest lucru ; poate fi un membru al familiei, un prieten sau o altă persoană împuternicită în acest sens.

retinopatie pigmentară – afecţiune endofamilială, cu evoluţie cronică progresivă spre cecitate la vârsta adultă, manifestată prin atrofia retinei, asociată cu sindromul Usher.

schemă corporală – percepţie spaţială a propriului corp, determinată plastic, conştientă, schematică şi structurală, constituită din informaţii senzoriale preponderent somestezice ; organizarea şi perceperea localizării stimulilor la nivelul corpului, perceperea relaţiilor reciproce dintre părţile corpului şi relaţiile acestor părţi cu mediul înconjurător, incluzând şi imaginea mintală a corpului, altfel spus, imaginea spaţială, tridimensională pe care o are persoana despre propriul corp.

semnul babinski – reflex patologic întâlnit în leziuni ale căii piramidale care se evidenţiază la excitarea prin zgâriere uşoară, cu un ac bont, a marginii externe a plantei (talpa piciorului), urmată de extensia halucelui (degetul mare de la picior) şi flexia cu răsfirarea în evantai a celorlalte degete.

servicii de sprijin – reprezintă, în general, toate acele intervenţii care au incidenţă asupra mediului fizic şi social şi, indirect, asupra reabilitării sau integrării unei persoane cu dizabilităţi în viaţa socială şi comunitară ; echipamente sau alte servicii proiectate şi dezvoltate pentru a ajuta beneficiarii să realizeze obiectivele de autonomie şi independenţă personală şi integrare în comunitate.

servicii de dezvoltare personală şi socială – reprezintă serviciile orientate, în mod special, asupra obiectivelor care includ promovarea activă a interacţiunilor şi relaţiilor între beneficiari, precum şi asupra dezvoltării capacităţilor care să ducă la implicarea autonomă în cadrul comunităţii a acestora ; include acţiuni care pun în valoare funcţionarea independentă, formarea la beneficiari a deprinderilor personale, maturizarea fizică şi emoţională, socializarea, comunicarea, dezvoltarea capacităţilor cognitive şi vocaţionale.

servicii pentru copiii aflaţi în dificultate – seturi de acţiuni convergente şi structurate oferite de instituţii publice sau private care primesc copii în sistem rezidenţial sau de zi, pentru a recupera, educa şi profesionaliza copiii sau tinerii care au probleme de adaptare şi inserţie socială.

sincinezie – mişcare involuntară a unui membru, asociată cu mişcarea voluntară a membrului de partea opusă, care afectează coordonarea motorie a segmentelor corpului prin tremurături şi spasme, parazitând anumite acte motorii.

sindactilie – malformaţie congenitală caracterizată prin prezenţa degetelor unite/alipite la nivelul mâinii sau piciorului.

sindrom Asperger – o formă particulară de autism infantil care constă într-o hiperactivitate intelectuală dublată de o trăire emoţională redusă care apare la copilul mai mare de trei ani, accentuându-se în primii ani de şcoală; manifestarea mai tardivă şi păstrarea nealterată a funcţiei de comunicare îl fac să se deosebească esenţial de autismul descris de Kanner, având un prognostic mult mai bun decât acesta.

sindrom Langdon Down – afecţiune genetică cromozomială caracterizată prin dismorfie particulară, întârziere în dezvoltarea psihică şi aberaţie cromozomială (trisomia cromozomului G 21).

sindrom Usher – grup eterogen de mutaţii autozomale recesive, având drept consecinţă surditatea/hipoacuzia congenitală, asociată cu retinopatia pigmentară progresivă.

spasm – contracţie bruscă, puternică, repetitivă, involuntară a unui muşchi sau grup de muşchi, asociată cu alte mişcări involuntare care parazitează activitatea.

spina bifida – malformaţie congenitală a canalului vertebral, întâlnită mai ales în regiunea lombo-sacrală şi caracterizată prin lipsa suturilor la nivelul arcurilor vertebrale.

standarde de calitate (ale serviciilor sociale) – niveluri minimale de performanţă ale procesului de furnizare a serviciilor sociale, obligatorii la nivel naţional, prin care se realizează anumite obiective (rezultate), în beneficiul utilizatorului de servicii.

strabism – tulburare de coordonare a musculaturii oculare extrinsece, caracterizată prin deviaţia axei vizuale la nivelul ochiului, urmată de afectarea vederii binoculare.

strategie – mod de lucru în cazul situaţiilor relativ predictibile favorabil pentru luarea acelor decizii care să conducă la realizarea unui scop specific.

tahilalie – tulburare de ritm în vorbire care se caracterizează prin pronunţie rapidă a sunetelor şi cuvintelor, îngreunând astfel posibilitatea de înţelegere a mesajelor în actul comunicării.

tapping test – probă de viteză motrice evidenţiată prin numărul cât mai mare de puncte obţinute prin lovirea, cu ajutorul unui creion, a unei coli de hârtie, într-un ritm dat; mai nou a apărut posibilitatea înregistrării electronice a răspunsului.

terapie – formă de intervenţie condensată şi intensivă care urmăreşte ameliorarea capacităţilor de afirmare a disponibilităţilor de muncă şi învăţare ale unei persoane cu dizabilităţi, în limita posibilităţilor sale intelectuale şi/sau fizice, prin măsuri complexe şi complementare de natură medicală, psihologică, pedagogică şi socială, pentru a satisface exigenţele unui mediu de viaţă obişnuit; din această perspectivă putem întâlni mai multe tipuri de terapie: terapie ocupaţională, terapie cognitiv-comportamentală, terapie centrată pe client, terapie de timp liber, terapia mediului, terapie de expresie, terapie prin joc etc.

ticuri – mişcări bruşte, rapide, repetate, lipsite de scop, care produc schematic, parţial sau în întregime, o mişcare voluntară sau un gest; sunt precedate de o stare de tensiune şi disconfort, senzaţie care se accentuează în încercarea de a o reprima voluntar şi se amplifică în stări emoţionale, de tensiune nervoasă şi oboseală.

timiditate – comportament defensiv şi anxios, ezitant şi astenic, exprimând dificultăţi de adaptare socială, considerate normale şi explicabile în copilărie, dar care ridică probleme în celelalte etape; cauzele sunt determinate de temperament hipertonic, nesiguranţă de sine, complexe de inferioritate.

traseu şcolar/educaţional – instrument de înregistrare a tipurilor de programe educaţionale şi şcolare urmate de copil, a rezultatelor obţinute şi propunerea cu privire la orientarea şcolară corespunzătoare cerinţelor sale.

tutelă – responsabilitate acordată unei instituţii sau unei persoane care are sarcina de a suplini absenţa părinţilor/familiei unui copil; se poate prelungi după majorat în anumite cazuri de deficienţă mintală.

vâscozitate genetică – noţiune introdusă de B. Inhelder, care se referă la faptul că gândirea deficientului mintal este „neterminată”, adică acesta nu poate ajunge la raţionamente abstracte fără sprijinul primului sistem de semnalizare (senzorio-perceptiv); dacă informaţiile şi instrucţiunile sunt prezentate numai prin intermediul limbajului, fără susţinerea unor modele, materiale didactice, experienţe şi exemple concrete, copilul nu înţelege.

Bibliografie

Aitken, S. ; Buultjens, M. ; Clark, C. ; Eyre, J.T. ; Pease, L. (2000), *Teaching Children who are Deafblind. Contact Communication and Learning*, David Fulton Publishers Ltd., London.

Ainscow, M. (1994), *Special Needs in the Classroom. A Teacher Education guide*, J. Kingsley, Publishers, UNESCO.

Albu, A. ; Albu, C. (1999). *Psihomotricitatea*, Editura Spiru Haret, Iaşi.

Albu, A. ; Albu, C. (2000), *Asistenta psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic*, Editura Polirom, Iaşi.

Allport, G. (1981), *Structura şi dezvoltarea personalităţii*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

Arcan, P. ; Ciumăgeanu, D. (1980), *Copilul deficient mintal*, Editura Facla, Timişoara.

Baciu, C.C. (1981), *Aparatul locomotor*, Editura Medicală, Bucureşti.

Bartolli, J.S. (1990), „On defining learning dizabilities ; exploring the ecology", *Journal of Learning Disabilities*, nr. 23.

Barton, L. ; Oliver, M. (1992), *Special Needs : Personal Trouble or Public Issue in Vircing Concerns : Sociological Peespectives on Contemporary Education Reforms*, Triangle Books Ltd, London.

Batchelor, E.S. ; Dean, R.S. (1991), *Neuropsychological assessment of learning dizabilities*, Obrutz-W. Editions.

Bândilă, A. (coord.), *Standarde de calitate. Centre rezidenţiale de protecţie specială pentru adulţi*, INSSPPH şi ANPH, Bucureşti, 2002.

Băban, A. (2001), *Consiliere educaţională*, Cluj-Napoca.

Best, B.A. (1992), *Teaching Children with Visual Impairments*, Open University Press, Buckingham.

Biklen, D. (1992), *Schools without Labels : Parents, Educators and Inclusive Education*, Temple University Press, Philadelphia.

Brown, D (1980), *Visual Disability*, Cassell, London.

Cerghit, I. (1980), *Metode de învăţământ*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

Cerghit, I. ; Bunescu, V. (1988), *Curs de pedagogie*, Universitatea Bucureşti.

Chiriac, Irina ; Chiţu, Angela (1977), *Aprecierea dezvoltării neuro-psihice la copiii între 1 şi 36 de luni*, Editura Medicală, Bucureşti.

Cooper, P. (1993), *Effective Schools for desaffected students. Integration and Segregation*, Routledge, London.

Cooper, P. ; Smith, C.J. ; Upton, G. (1994), *Emotional and Behavioural Difficulties*, Routledge, London.

Cosmovici, A. (coord.) (1972), *Metode pentru cunoaşterea personalităţii (cu privire specială la elevi)*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

Cosmovici, A. ; Iacob, L. (1998), *Psihologie şcolară*, Editura Polirom, Iaşi.

Cucoş, C. (2002), *Pedagogie*, Editura Polirom, Iaşi (ediţia a II-a).

Cucoş, C. (1998), *Psihopedagogie pentru examenele de definitivare şi grade didactice*, Editura Polirom, Iaşi.

Curry C., Stevenson R., Aughton D. *et al.* (1997), *Evaluation of Mental Retardation : Recommendations of a Consensus Conference.*

Damaschin, D. (1978), *Defectologie, teoria şi practica compensaţiei deficienţilor de vedere*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

Debray, R. (1982), *Apprendre à penser : Le Programme de Reuven Feurstein, une issue à l'echec scolaire*, Editions Eshel, Paris.

De Meur, A. ; Staàs, L.(1981), *Psyhomotricité, éducation et Réducation. Niveaux maternel et primaire*, Editions A. de Bśck, Bruxelles.

Doron, R. ; Parot, F. (coord.) (1999), *Dicţionar de psihologie*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Dumitru, D. (1981), *Ghid de recuperare funcţională*, Editura Sport-Turism, Bucureşti.

Emery A. ; Rimoin D. ; Sofaer J. *et al.* (1990), *Principles and Practice of Medical Genetics. Mental retardation*, Churchill Livingstone.

Farran, D. ; Ramey, C. ; Campbell, F. (1980), „Mental terms in mothers' and childrens' speech", in *Journal of Child Language*.

Freud, Anna, (2002), *Normal şi patologic la copil. Evaluări ale dezvoltării*, Editura Fundaţiei Generaţia, Bucureşti.

Frith, Uta (1991), *Autism and Asperger syndrome*, Cambridge University Press.

Fulcher, G. (1989), *Disabling Policies ? A Comparative Approach to Education Policy and Disability*, Falmer Press, London.

Gherguţ, A. ; Neamţu, C. (2000), *Psihopedagogie specială. Ghid practic pentru învăţământul deschis la distanţă*, Editura Polirom, Iaşi.

Gherguţ, A. (2001), *Psihopedagogia persoanelor cu cerinţe speciale. Strategii de educaţie integrată*, Editura Polirom, Iaşi.

Gherguţ, A. (2003), *Managementul asistenţei psihopedagogice şi sociale. Ghid practic*, Editura Polirom, Iaşi.

Golu, P. (1985), *Învăţare şi dezvoltare*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Golu, M. (1993), *Dinamica personalităţii*, Editura Geneze, Bucureşti.

Gorgos, C. (coord.) (1987-1992), *Dicţionar enciclopedic de psihiatrie*, vol. I-IV, Editura Medicală, Bucureşti.

Havârneanu, C. (2000), *Cunoaşterea psihologică a persoanei*, Editura Polirom, Iaşi.

Hawkridge, D. ; Vincent, T. (1992), *Learning Difficulties and Computers. Access to the Curriculum*, Jessica Kingsley Publishers, London.

Holban, I. (1978), *Cunoaşterea elevului. O sinteză a metodelor*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

Hovck, C. ; Sherman, A. (1979), „The mainstreaming curent flows to flows", *Academic Theraphy*, nr. 15.

Ionescu, M. (2000), *Demersuri creative în predare şi învăţare*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

Jeffree, D. ; McConkey, R. ; Hewson, S. (1993), *Teaching the Handicapped Child*, Redwood Press Limited.

Jordan, R. ; Powell S. (1995), *Understanding and Teaching Children with Autism*, John Wiley & Sons, Chichester.

Jurcău, E. ; Jurcău, N. (1989), *Cum vorbesc copiii noştri*, Editura Dacia, Cluj-Napoca.

Kirk, S.A. (1967), *Amelioration of mintal abilities through psychodiagnostic and remedial procedures*, Ch. Thomas Springfield Editions.

Landsheere, Viviane de (1992), *L'Education et la formation*, PUF, Paris.

Lapierre, A. (1986), *La rééducation physique*, J.B. Baillère, Paris.

Lăzărescu, M. (1994), *Psihopatologie clinică*, Editura Helicon, Timişoara.

Legrand, L. (1974), *Pédagogie fonctionelle pour l'école élémentaire nouvelle*, tome 1, Paris.

McInnes, J.M. ; Treffery, J.A. (2000), *Copilul cu surdocecitate. Ghid de dezvoltare*, Editura Semne (publicată cu sprijinul Sense International).

Minulescu, Mihaela, (1996), *Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică*, Garell Publishing House, Bucureşti.

Mititiuc, Iolanda (1996), *Probleme psihopedagogice la copilul cu tulburări de limbaj*, Editura Ankarom, Iaşi, 1996.

Mitrofan, N. (1997), *Testarea psihologică a copilului mic*, Edit Press Mihaela SRL, Bucureşti.
Mondero, C. (1990), *Dificultades del apendizaje escolar, una perspectiva neuropsiquica*, Editorial Piramide, Madrid.
Moise, C. (1996), *Concepte didactice fundamentale*, Editura Ankarom, Iaşi.
Moise, C. (1993), „Alte posibilităţi de ordonare a metodelor didactice", *Analele Ştiinţifice ale Universităţii „Al.I. Cuza"*, seria Psihologie-Pedagogie, Iaşi.
Moyles, Janet R. (1989), *Just Playing ? The role and status of play in early childhood education*, Open University Press, Buckingham.
Moţet, D. (2001), *Psihopedagogia recuperării handicapurilor neuromotorii*, Editura Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.
Mucchielli, R. (1982), *Metode active în pedagogia adulţilor*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Murray J. ; Cuckle H. ; Taylor G. *et al.* (1997), „Screening for fragile X syndrome", *Heralth Technology Assessment*, vol. 1, nr. 4.
Muşu, I. ; Taflan, A. (1997), *Terapia educaţională integrată*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
Orelove, P.F. ; Sobsey, D. (1996), *Educating Children with Multiple Disabilities*, Paul H. Brookes Publishing.
Ott, Philomena (1997), *How to Detect and Manage Dyslexia. A Reference and Resource Manual*, Heinemann Educational Publishers.
Păunescu, C. (1977), *Deficienţa mintală şi organizarea personalităţii*, Editura Didactică şi Psihologică, Bucureşti.
Păunescu, C.(1976a), *Deficienţa mintală şi procesul învăţării*, Editura Didactică şi Psihologică, Bucureşti.
Păunescu, C. (1976b), *Introducere în logopedie*, Editura Didactică şi Psihologică, Bucureşti.
Păunescu, C. ; Muşu, I. (1990), *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal*, Editura Medicală, Bucureşti.
Păunescu, C. ; Muşu, I. (1997), *Psihopedagogie specială integrată. Handicapul mintal. Handicapul intelectual*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
Păunescu, C. (1999), *Terapia educaţională a persoanelor cu disfuncţii intelective*, Editura ALL, Bucureşti.
Planchard, E. (1968), *La pédagogie scolaire contemporaine*, Bruxelles.
Popescu, G. ; Pleşa, O. (coord.) (1998), *Handicap, readaptare, integrare*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
Popescu-Neveanu, P. (1978), *Dicţionar de psihologie*, Editura Albatros, Bucureşti.
Popovici, D.V (1999), *Elemente de psihopedagogia integrării*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
Popovici, D.V. (2000), *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficienţe mintale*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
Preda, V.(1992), „Valoarea probei «Figuri complexe – Ray» în studierea memoriei operaţionale vizuale şi a structurii perceptiv-motorii a spaţiului grafic la deficienţii de intelect şi la ambliopi", *Revista de Educaţie Specială*, nr. 1.
Preda,V. (1999), *Intervenţia precoce în educarea copiilor deficienţi vizual*, PUC, Cluj-Napoca.
Preda, V. (1988), *Explorarea vizuală. Cercetări fundamentale şi aplicative*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
Pufan, C. (1982), *Probleme de surdo-psihologie*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Racle, G. (1983), *La pédagogie interactive*, Editions Retz, Paris.
Radu, I.T. (1978), *Învăţământul diferenţiat. Concepţii şi strategii*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Radu, Gh. (1999), *Psihopedagogia dezvoltării şcolarului cu handicap*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Rainey, H.G. (1997), *Understanding and Managing Public Organizations*, Jossey Bass Publishers, San Francisco.
Ringler, M. (1988), *L'enfant différent ; accepter un enfant handicapé*, Dunod, Paris.
Robănescu, N. (1976), *Readaptarea copilului handicapat fizic*, Editura Medicală, Bucureşti.

Robănescu, N. (1992), *Reeducarea neuromotorie*, Editura Medicală, Bucureşti.
Roşca, Al. (1971), *Metodologie şi tehnici experimentale în psihologie*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.
Roşca, Mariana (1972), *Metode de psihodiagnostic*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Rusu, Constantin (coord.) (1997), *Deficienţă, incapacitate, handicap*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
Safford, P. (1978), *Teaching young children with special needs*, The C.V. Mosby Company, Saint Louis.
Selikowitz, M. (1995), *Understanding Attention Deficit Disorder*, Oxford University Press.
Sharron, H. (1981), *Changing children's mind. Feuerstein's Revolution in the teaching of Intelligence*, Condor Book Souvenir Press LTD.
Sinason, Valerie (1992), *Mental Handicap and the Human Condition*, Free Association Books, London.
Solity, J.; Bickler, G. (1994), *Support Services. Issues for education, Health and Social service Professionals*, Cassell, London.
Stanică, I.; Muşu, I. *et al.* (1997), *Psihopedagogie specială. Deficienţe senzoriale*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
Sillamy, N. (1996), *Dicţionar de psihologie* (Larousse), Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti.
Stevens, Suzanne (1991), *Classroom Success for the Learning Disabled*, John F. Blair Publisher, Winston-Salem, North Carolina.
Stratford, B.; Gunn, P. (1996), *New Approaches to Down Syndrome*, Cassell Wellington House, London.
Super, C.M.; Harkeness, S. (1986), „The developmental niche: a conceptualization of the interface of child and culture", *International Journal of Behavioral Development*, nr. 9.
Szamosközi, Şt. (1977), *Evaluarea potenţialului intelectual la elevi*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.
Şchiopu, U.; Verza, E. (1997), *Psihologia vârstelor*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Şchiopu, Ursula (coord.) (1997), *Dicţionar enciclopedic de psihologie*, Editura Babel, Bucureşti.
Ştefan, M. (1981), *Educarea copiilor cu vedere slabă. Ambliopi*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Tilstone, Christina (1995), *Teaching pupils with severe learning difficulties. Practical approach*, David Fulton Publishers, London.
Trowell, Judith; Bower, Marion (1995), *The Emotional Needs of Young Children and Their Families*, Routledge, London.
Tucker, I.; Powell, C. (1993), *Copilul cu deficienţe de auz şi şcoala*, Bucureşti.
Ungureanu, D. (1998), *Copilul cu dificultăţi de învăţare*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Verza, E. (1977), *Dislalia şi terapia ei*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Verza, E. (coord) (1987), *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Editura Universităţii, Bucureşti.
Vlăsceanu, L. (1988), „Proiectarea pedagogică", în *Curs de pedagogie*, Universitatea Bucureşti.
Vrăjmaş, Ecaterina; Stănică, Cornelia (1997), *Terapia tulburărilor de limbaj*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Vrăjmaş, Ecaterina; Oprea, Viorica (coord.) (2003), *Set de instrumente, probe şi teste pentru evaluarea educaţională a copiilor cu dizabilităţi*, UNICEF şi Asociaţia RENINCO, Bucureşti.
Vulliamy, G.; Webb, R. (1992), *Teacher Research and Special Educational Needs*, David Fulton Publisher, London.
Winograd, D.P.; Smith, P. (1989), „Mejorar el clima de la esenanza de la lectura", *Comunicacion, language y education*, nr. 2.
Zarkowska, E.; Clements, J. (1996), *Problem Behaviour And People with severe learning dizabilities. The S.T.A.R. Approach*, Chapman & Hall, London.
Zazzo, R. (1960), „Une recherche d'équipe sur la débilité mentale", *Enfance*, nr. 4-5.
Zazzo, R. (1965), „Les débilités mentales", *Esprit* nr. 33 (apărut în româneşte, *Debilităţile mintale*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1979).

Zazzo, R. (1979), *Debilităţile mintale*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Zlate, M. (1994), *Introducere în psihologie*, Casa de editură şi presă „Şansa" S.R.L., Bucureşti.
Zörgö, B. (1976), „Examinările psihologice", în *Îndrumător psihodiagnostic*, vol. II, Universitatea „Babeş-Bolyai", Cluj-Napoca.
*** (1995), *Cerinţe speciale în clasă. Pachet de resurse pentru instruirea profesorilor*, Reprezentanţa UNICEF în România.
*** (2001), *Clasificarea internaţională a funcţionării dizabilităţii şi sănătăţii* (CIF), OMS Geneva, Editura MarLink, Bucureşti.
*** (1988), *Consultation on Special Education*, UNESCO, Paris.
*** (1994), *Declaraţia de la Salamanca şi direcţiile de acţiune în domeniul educaţiei speciale. Conferinţa mondială asupra educaţiei speciale : acces şi calitate*, Salamanca, Spania (editată în limba română de Reprezentanţa Specială UNICEF în România, 1995).
*** (2003), Ghidul metodologic pentru evaluarea copilului cu dizabilităţi şi încadrarea într-un grad de handicap, *Monitorul Oficial*, partea I, nr. 538 bis din 25 iulie 2003.
*** (2000), *Manualul de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale* (DSM-IV, 1994), apărut sub egida Asociaţiei Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti.
*** *Ordinul nr. 725/12709*, din 1 octombrie 2002, privind criteriile pe baza cărora se stabileşte gradul de handicap, publicat în *Monitorul Oficial*, partea I, nr. 781, din 28 octombrie 2002.
*** (1995), *Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap*, ONU, Rezoluţia, 48/96 din 20.12.1993, UNICEF.
*** (1983), *Terminologie de l'éducation spéciale*, Ibedata, UNESCO, Geneva, (ediţie revizuită).

Robănescu, N. (1993), *[illegible]*, Editura Medicală, Bucureşti.
Roşca, Al. [illegible], Editura Ştiinţifică, Bucureşti.
Roşca, Mariana [illegible], Bucureşti.
Rusu, Constantin (coord.) (1997), *Deficienţă, [illegible]*, Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
[illegible] (1978), *Teaching young children [illegible]*, The C. V. Mosby [illegible], Saint Louis.
Schwartz, M. (1995), *Understanding Autism [illegible]*, Oxford University Press.
Sharma, R. (1981), *Changing children [illegible]*, Condor Book Souvenir Press Ltd.
[illegible], Books, London.
Solity, J.; Bickler, [illegible]
Stanică, I. [illegible], Editura Pro Humanitate, Bucureşti.
Sillamy, N. (1996), *Dicţionar [illegible]*, Univers Enciclopedic, Bucureşti.
[illegible], Publisher, [illegible]
[illegible] House, London.
[illegible] a conceptualization of the interface of child and context", *International Journal of Behavioral Development*, nr. 9.
Szamosközi, Şt. (1997), *Evaluarea potenţialului intelectual la elevi*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.
Şchiopu, U.; Verza, E. (1995), *Psihologia vârstelor*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Şchiopu, Ursula (coord.) (1997), *Dicţionar enciclopedic de psihologie*, Editura Babel, Bucureşti.
Ştefan, M. (1981), *Educarea copiilor cu vedere slabă, ambliopi*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Tilstone, Christina (1995), *Teaching pupils with severe learning difficulties. Practical approach*, David Fulton Publishers, London.
Towell, Judith; Bower, Marion (1996), *The Emotional Needs of Young Children and Their Families*, Routledge, London.
Tucker, I.; Powell, C. (1993), *Copilul cu deficienţe de auz şi şcoala*, Bucureşti.
Ungureanu, D. (1998), *Copilul cu dificultăţi de învăţare*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Verza, E. (1977), *Dislalia şi terapia ei*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Verza, E. (coord.) (1987), *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Editura Universităţii, Bucureşti.
Vlăsceanu, L. (1988), „Proiectarea pedagogică", în *Curs de pedagogie*, Universitatea Bucureşti.
Vrăjmaş, Ecaterina; Stănică, Cornelia (1997), *Terapia tulburărilor de limbaj*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Vrăjmaş, Ecaterina; Oprea, Viorica (coord.) (2003), *Set de instrumente, probe şi teste pentru evaluarea educaţională a copiilor cu dizabilităţi*, UNICEF şi Asociaţia RENINCO, Bucureşti.
Vulliamy, G.; Webb, R. (1992), *Teacher Research and Special Educational Needs*, David Fulton Publisher, London.
Winograd, D.P.; Smith, P. (1989), „Mejorar el clima de la ensenanza de la lectura", *Comunicación, language y education*, nr. 2.
Zarkowska, E.; Clements, J. (1996), *Problem Behaviour And People with severe learning disabilities. The S.T.A.R. Approach*, Chapman & Hall, London.
Zazzo, R. (1960), „Une recherche d'équipe sur la débilité mentale", *Enfance*, nr. 4-5.
Zazzo, R. (1965), „Les débilités mentales", *Esprit* nr. 33 (apărut în româneşte, *Debilităţile mintale*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1979).

ANEXE

Notă

Fişele, instrumentele şi modelele de lucru propuse în anexe nu trebuie înţelese şi folosite asemenea unor formulare ; acestea vin să sprijine şi să ofere un cadru orientativ unitar de elaborare şi redactare a unor materiale frecvent întâlnite şi, nu de puţine ori, necesare în activităţile incluse în sfera psihopedagogiei speciale.

Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap
(adoptate de Adunarea Generală a ONU la data de 20 decembrie 1993)

Principalele reguli care trebuie să susţină egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap sunt:

- *Sporirea gradului de conştientizare* – fiecare stat trebuie să iniţieze şi să sprijine campaniile de informare în legătură cu politica şi problematica persoanelor cu handicap prin programele şi serviciile iniţiate sau existente în fiecare comunitate, astfel încât să se încurajeze o reprezentare şi o atitudine pozitivă faţă de imaginea persoanelor cu handicap în mediile de informare a opiniei publice.
- *Îngrijirea medicală* – fiecare stat trebuie să asigure programe şi servicii pentru depistarea timpurie, evaluarea şi tratamentul deficienţelor, precum şi programe care să asigure prevenirea şi înlăturarea unor deficienţe apărute la populaţii sau persoane cu grad mare de risc.
- *Reabilitarea* – fiecare stat are obligaţia să dezvolte programe naţionale de reabilitare pentru toate categoriile de persoane cu handicap, bazate pe principiile deplinei participări şi ale egalităţii şi care să includă o paletă largă de activităţi destinate formării aptitudinilor de bază, îmbunătăţirii sau compensării funcţiilor afectate, consilierii persoanelor cu handicap şi a familiilor acestora, dezvoltării încrederii în sine, organizării de servicii ocazionale pentru evaluare, orientare şi inserţie socială etc.
- *Serviciile de sprijin* – fiecare stat trebuie să asigure dezvoltarea, producerea şi furnizarea de echipamente, instrumente şi dispozitive necesare susţinerii persoanelor cu handicap (ca o măsură importantă în favoarea egalizării şanselor), precum şi facilitarea achiziţiei de *know-how* tehnic, service-ul pentru dispozitivele şi echipamentele respective, facilitarea achiziţiei lor de către persoanele cu handicap (proteze de toate tipurile, instalaţii, maşini şi echipamente de producţie adaptate pentru persoana deficientă, ateliere de producţie protejate, *soft* adaptat pentru persoane cu anumite tipuri de deficienţă etc.).
- *Accesibilitatea* – fiecare stat trebuie să introducă programe de acţiune pentru a favoriza accesul persoanelor cu handicap în mediul fizic înconjurător (accesul stradal, accesul în instituţiile publice şi la serviciile comunitare, securitate în spaţii aglomerate etc.), precum şi accesul acestor persoane la informare şi comunicare (sistemul Braille, servicii de înregistrare pe suport magnetic, grafică adecvată şi limbajul semnelor pe canalele TV de informare, reţele informatizate adaptate pentru fiecare categorie de deficienţă în parte etc.).
- *Educaţia* – fiecare stat este responsabil de asigurarea şanselor egale la educaţie primară, secundară, pregătire profesională sau educaţie superioară a copiilor, tinerilor şi adulţilor cu handicap, facilitarea învăţământului integrat, flexibilizarea, îmbogăţirea şi adaptarea curriculumului şcolar; pregătirea continuă a personalului didactic şi de specialitate, încurajarea comunităţilor în a folosi şi dezvolta propriile resurse pentru a asigura educaţia la nivel local a persoanelor cu handicap.
- *Ocuparea forţei de muncă* – fiecare stat trebuie să elaboreze legi şi regulamente care să sprijine activ integrarea persoanelor cu handicap în activităţi de producţie printr-o varietate de măsuri cum ar fi: calificare profesională de calitate, sisteme de rezervare sau de protejare a locurilor de muncă, împrumuturi şi garanţii pentru micii întreprinzători, contracte exclusive sau drepturi prioritare de producţie, facilităţi fiscale etc.

- *Asistenţa în domeniul veniturilor şi protecţia socială* – fiecare stat este responsabil pentru asigurarea protecţiei sociale şi pentru garantarea sprijinului financiar adecvat întreţinerii unei persoane cu handicap. Programele de protecţie socială trebuie să includă şi măsuri de stimulare a persoanelor cu handicap de a ocupa locuri de muncă, pentru evitarea dependenţei totale faţă de sprijinul financiar al statului şi pentru a participa activ la viaţa socială şi de producţie a comunităţii, premisă a integrării lor în societate.
- *Viaţa de familie şi integritatea personală* – fiecare stat trebuie să promoveze participarea deplină a persoanelor cu handicap la viaţa de familie şi să asigure dreptul acestora la intimitate şi integritate personală, evitarea discriminărilor referitoare la relaţiile sexuale, căsătorie şi exercitarea rolului de părinte, în special în cazul fetelor şi femeilor cu handicap.
- *Cultura* – fiecare stat trebuie să asigure persoanelor cu handicap posibilitatea de a-şi utiliza potenţialul lor creativ, artistic şi intelectual, atât în beneficiul propriu, cât şi în beneficiul comunităţii în care trăiesc, accesul în instituţiile de cultură (teatre, biblioteci, muzee, cinematografe etc.).
- *Activităţile recreative şi sportive* – fiecare stat trebuie să iniţieze măsuri pentru accesul persoanelor cu handicap în locurile de petrecere a timpului liber şi practicare a sporturilor (parcuri de distracţii, hoteluri, plaje, arene sportive, săli de gimnastică etc.) şi să pregătească personalul din aceste unităţi pentru relaţionarea şi sprijinirea persoanelor deficiente în situaţiile mai dificile.
- *Religia* – fiecare stat va încuraja măsurile de participare egală a persoanelor cu handicap la viaţa religioasă a comunităţii din care fac parte, inclusiv accesul acestora la literatura religioasă şi implicarea autorităţii religioase la programele de educaţie religioasă şi practicare a religiei de către persoanele cu handicap.
- *Informaţiile şi cercetarea* – fiecare stat are responsabilitatea informării opiniei publice cu privire la condiţiile de viaţă ale persoanelor cu handicap şi trebuie să susţină programe de cercetare în domeniul problemelor sociale, economice şi de participare la viaţa societăţii care afectează existenţa persoanelor cu handicap şi familiile acestora.
- *Stabilirea de politici sociale, economice şi planificarea programelor de intervenţie* – fiecare stat trebuie să iniţieze şi să planifice, la nivel naţional, politici adecvate nevoilor persoanelor cu handicap, să aloce fonduri pentru susţinerea organismelor guvernamentale şi neguvernamentale care acţionează în favoarea persoanelor cu handicap, să stimuleze şi să sprijine programele de intervenţie la nivel regional şi local care vin să rezolve cerinţele şi problemele persoanelor aflate în dificultate.
- *Legislaţia* – fiecare stat trebuie să asigure prin legislaţie drepturile şi obligaţiile persoanelor cu handicap, condiţiile ca aceste persoane să-şi poată exercita toate drepturile pe bază de egalitate cu ceilalţi cetăţeni, posibilitatea ca organizaţiile persoanelor cu handicap să se implice în dezvoltarea şi ameliorarea legislaţiei naţionale referitoare la problematica persoanelor cu cerinţe speciale, sancţiuni corespunzătoare în cazul nerespectării principiilor nondiscriminării.
- *Instruirea personalului* – fiecare stat trebuie să asigure pregătirea adecvată, la toate nivelurile, a personalului implicat în planificarea şi furnizarea de programe şi servicii pentru persoanele cu handicap, să includă dezvoltarea competenţelor şi tehnologiilor moderne de acţiune în sprijinul acestora, precum şi colaborarea cu familiile, cu personalul din şcoli şi unităţile de asistenţă şi ocrotire, cu membrii comunităţii, pentru a creşte eficienţa programelor şi serviciilor adresate persoanelor cu cerinţe speciale.
- *Organizaţiile persoanelor cu handicap* – fiecare stat trebuie să recunoască drepturile organizaţiilor persoanelor cu handicap de a reprezenta acele persoane la nivel naţional, regional şi local, rolul consultativ al acestor organizaţii în luarea deciziilor referitoare la problemele celor pe care îi reprezintă, participarea lor la dezvoltarea politicilor guvernamentale în domeniu.
- *Cooperarea internaţională* între organizaţiile neguvernamentale care se ocupă de problemele persoanelor cu handicap, instituţiile de cercetare, reprezentanţii programelor de acţiune în acest domeniu şi cei ai grupurilor profesionale interesate de problemele persoanelor aflate în dificultate, organizaţiile persoanelor cu handicap, comitetele naţionale de coordonare a instituţiilor şi programelor de intervenţie pentru persoanele cu handicap.
- *Monitorizarea şi evaluarea* la nivel naţional a modului de implementare a regulilor în cadrul programelor pentru persoanele cu handicap şi diseminarea informaţiilor cu privire la rezultatele şi eficienţa acestor programe.

ANEXA 2

Principalele acte normative care reglementează problematica persoanelor cu nevoi speciale

A. Legislaţie internaţională

- *Declaraţia universală a drepturilor omului* – adoptată şi proclamată de Adunarea Generală a Organizaţiei Naţiunilor Unite la data de 10 decembrie 1948. Acest document legiferează egalitatea în demnitate, în drepturi şi libertăţi a tuturor fiinţelor umane, indiferent de rasă, etnie, cultură, limbă vorbită, de statutul social, politic sau juridic al ţării ori teritoriului de care aparţine o persoană.
- *Convenţia cu privire la drepturile copilului* – adoptată de Adunarea Generală a ONU la data de 20 noiembrie 1989. Statele semnatare ale acestui document, printre care şi România, recunosc drepturile copiilor, indiferent de mediul din care provin sau de starea lor de sănătate fizică sau psihică, la o viaţă decentă, la educaţie şi cultură, în condiţii care să le garanteze demnitatea, să le favorizeze autonomia şi participarea activă la viaţa comunităţii, pe măsura posibilităţilor şi potenţialului fiecărui copil în parte.
- *Declaraţia drepturilor persoanelor cu handicap* – proclamată de Adunarea Generală a ONU la data de 9 decembrie 1975. Această declaraţie garantează drepturile persoanelor cu handicap (inclusiv dreptul la educaţie şi pregătire profesională), fără deosebire sau discriminare de rasă, limbă, sex, culoare a pielii, religie, opinii politice, origine socială, nivel economic şi cultural, stare de handicap sau de autonomie a persoanei respective.
- *Declaraţia drepturilor deficientului mintal* – proclamată de Adunarea Generală a ONU la data de 20 decembrie 1971. Prin acest document se subliniază faptul că persoanele cu deficienţă mintală trebuie să beneficieze, cât mai mult cu putinţă, de aceleaşi drepturi precum celelalte fiinţe umane : dreptul la îngrijiri medicale, la tratamente psihice adecvate, la educaţie, instruire, formare, profesionalizare, adaptare şi integrare socioprofesională prin valorificarea la maximum a capacităţilor şi aptitudinilor fiecărei persoane în parte.
- *Programul mondial de acţiune cu privire la persoanele cu handicap* – adoptat în anul 1983.
- *Declaraţia mondială asupra educaţiei pentru toţi* – adoptată la Conferinţa Mondială UNESCO din anul 1990.
- *Recomandările Consiliului Europei asupra politicii coerente pentru (re)abilitarea persoanelor cu handicap* – proclamate în anul 1994.
- *Regulile standard privind egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap* – adoptate de Adunarea Generală a ONU la data de 20 decembrie 1993 şi promovate de politicile de asistenţă şi ocrotire ale UNICEF şi ale altor organisme internaţionale.
- *Declaraţia Conferinţei Mondiale UNESCO asupra educaţiei speciale de la Salamanca*, Spania, din anul 1994. Prin acest document au fost stabilite schimbările fundamentale în domeniul politicilor educaţionale ale statelor semnatare, pentru o abordare integratoare a educaţiei care să permită şcolilor să se pună în slujba tuturor copiilor şi, în particular, a celor cu cerinţe educaţionale speciale.

B. Legislaţie internă

- Legea nr. 18/1990 pentru ratificarea Convenţiei ONU cu privire la drepturile copilului.
- Legea nr. 53/1992 privind protecţia specială a persoanelor cu handicap.
- Hotărârea Guvernului României nr. 1161/1990 privind atribuţiile şi funcţionarea Secretariatului de Stat pentru Handicapaţi (prin apariţia Legii învăţământului din 1995, o parte dintre prevederile cu privire la unităţile subordonate SSH au fost modificate).

- Legea nr. 57/1992 privind încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap.
- Hotărârea Guvernului României nr. 686/1992 privind unele măsuri de îmbunătăţire a activităţilor de ocrotire, instruire şi recuperare a copiilor şi tinerilor cu handicap şi a celor orfani.
- Legea învăţământului nr. 84/1995 (în capitolul VI sunt reglementate organizarea şi funcţionarea învăţământului special din ţara noastră).
- Legea nr. 84/1994 pentru ratificarea Convenţiei asupra protecţiei copiilor şi cooperării în materia adopţiei internaţionale, încheiată la Haga, la 29 mai 1993.
- Ordonanţa de Urgenţă nr. 26/1997 privind protecţia copilului aflat în dificultate, aprobată prin Legea nr. 108/1998.
- Hotărârea Guvernului nr. 604/1997 privind criteriile de autorizare a organismelor private care desfăşoară activităţi în domeniul protecţiei copilului.
- Ordonanţa de Urgenţă nr. 102/1999 privind protecţia specială şi încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 519/12.07.2002.
- Hotărârea Guvernului nr. 625/2000 pentru aprobarea strategiei naţionale de reformă a sistemului de protecţie a copilului (2000-2003).
- Ordonanţa de Urgenţă nr. 12/2001 privind înfiinţarea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Copilului şi Adopţie.
- Hotărârea nr. 539/2001 pentru aprobarea strategiei guvernamentale în domeniul protecţiei copilului în dificultate (2001-2004) şi a planului operaţional pentru implementarea strategiei guvernamentale în domeniul protecţiei copilului în dificultate (2001-2004).
- Legea nr. 195 din 20 aprilie 2001, Legea voluntariatului, modificată prin Ordonanţa nr. 58 din 22 august 2002.
- Legea nr. 252/16.05.2001 pentru aprobarea Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 12/2001 privind înfiinţarea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Copilului şi Adopţie.
- Ordonanţa de Urgenţă nr. 184/2001 pentru modificarea şi completarea Legii învăţământului nr. 84/1995.
- Legea nr. 705/3.12.2001 privind sistemul naţional de asistenţă socială.
- Hotărârea nr. 218/2002 privind aprobarea metodologiei pentru utilizarea setului de instrumente de expertizare şi evaluare a copiilor/elevilor în vederea orientării şcolare a acestora.
- Legea nr. 487/2002 a sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice.
- Ordinul nr. 90/2002 pentru aprobarea regulamentului de organizare şi funcţionare a comisiilor de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulţi şi a comisiei superioare de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulţi.
- Ordinul nr. 241/11.07.2003 privind aprobarea componenţei comisiei superioare de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulţi.
- Ordinul nr. 380/2002 privind aprobarea modalităţii de plată a indemnizaţiei cuvenite părinţilor sau reprezentanţilor legali ai copilului cu handicap grav, precum şi ai adultului cu handicap grav sau reprezentantului său legal.
- Ordinul nr. 12709/2002 privind criteriile pe baza cărora se stabileşte gradul de handicap pentru copii şi se aplică măsurile de protecţie specială a acestora.
- Memorandumul de înţelegere între Guvernul României şi Organizaţia Internaţională a Muncii privind eliminarea muncii copilului (18 iunie 2002).
- Hotărârea nr. 1215/2002 pentru aprobarea Strategiei naţionale privind protecţia specială şi integrarea socială a persoanelor cu handicap din România.
- Legea nr. 116 din 15 martie 2002 privind prevenirea şi combaterea marginalizării sociale.
- Ordinul nr. 748/460 din 7 octombrie 2002 pentru aprobarea criteriilor de încadrare şi a modului de autorizare a unităţilor protejate.
- Ordonanţa nr. 14 din 30 ianuarie 2003 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap.
- Hotărârea nr. 90 din 23 ianuarie 2003 pentru aprobarea regulamentului-cadru de organizare şi funcţionare a serviciului public de asistenţă socială.
- Hotărârea Guvernului nr. 97/2003 privind criteriile de selectare a ONG-urilor care pot participa la realizarea, în comun cu ministerele, a unor activităţi sau programe în domeniul sănătăţii publice şi protecţiei familiei, precum şi modul de finanţare a acestora.

- Hotărârea nr. 329/20.03.2003 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare şi funcţionare a instituţiilor de protecţie specială a persoanelor cu handicap.
- Hotărârea nr. 679/12.06.2003 privind condiţiile de obţinere a atestatului, procedurile de atestare şi statutul asistentului maternal profesionist.
- Hotărârea Guvernului României nr. 770/2003 privind organizarea şi funcţionarea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Copilului şi Adopţie (ANPCA).
- Legea nr. 326/2003 privind drepturile de care beneficiază copiii şi tinerii ocrotiţi de serviciile publice specializate pentru protecţia copilului, mamele protejate în centre maternale, precum şi copiii încredinţaţi sau daţi în plasament la asistenţi maternali profesionişti.
- Legea nr. 272/2004 din 21/06/2004 privind protecţia şi promovarea drepturilor copilului – reglementează cadrul legal privind respectarea, promovarea şi garantarea drepturilor copilului.
- Legea nr. 273/2004 din 21/06/2004 privind regimul juridic al adopţiei în România.
- Legea nr. 274/2004 privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Oficiului Român pentru Adopţii.
- Legea nr. 275/2004 din 21/06/2004 pentru modificarea Ordonanţei de Urgenţă a Guvernului nr. 12/2001 privind înfiinţarea Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Copilului şi Adopţie (prin această lege se revine la denumirea de Autoritate Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului).

Notă : Lista actelor normative interne nu cuprinde toate legile din domeniul asistenţei şi protecţiei persoanelor cu nevoi speciale ; am ales pentru exemplificare câteva dintre cele mai importante. În timp, unele dintre aceste legi, ordonanţe şi hotărâri au suferit modificări datorită schimbărilor şi transformărilor care au loc permanent în acest sistem.

Autismul – între mit şi realitate

Mit	Realitate
Părinţii sunt principalii vinovaţi pentru că fiul/fiica lor suferă de autism.	Acest mit a fost cultivat de anumiţi specialişti care au sugerat că autismul este cauzat de mamele cu un comportament rece şi distant şi care dezvoltă relaţii maternale foarte slabe sau deloc. În realitate, nu se cunoaşte cauza specifică a autismului. Cercetările actuale sugerează drept cauză primară o formă de disfuncţie biologică sau neuropsihologică. Din nefericire, unele familii continuă să se simtă vinovate pentru tulburările copilului lor.
Toate persoanele cu autism sunt la fel.	Studiile actuale descriu persoanele cu autism ca prezentând caracteristici pe o bază continuă. Toate persoanele cu autism prezintă dificultăţi în anumite domenii ale cunoaşterii şi interacţiunii sociale, comunicării şi procesării senzoriale ; toate prezintă un repertoriu restrictiv şi repetitiv de activităţi. Cu toate acestea, caracteristicile specifice se manifestă la nivelul fiecărui individ într-un mod destul de diferit.
Persoanele cu autism se pot vindeca sau pot depăşi autismul.	Autismul este o tulburare ce durează toată viaţa. Pe măsură ce persoana se maturizează şi învaţă să mânuiască strategii pentru a face faţă diverselor situaţii, caracteristicile vizibile asociate autismului pot deveni mai puţin pregnante. Cu toate acestea, dificultăţile în comunicare, socializare, procesare senzorială şi în domeniile conexe se manifestă pe toată durata vieţii.
Persoanele cu autism pot avea şi perioade când nu suferă de această tulburare.	Autismul este o tulburare pervazivă, adică afectează toate aspectele vieţii unei persoane. Aceste persoane nu au perioade când suferă de autism şi perioade când sunt sănătoase, în schimb există perioade când, spre exemplu, comunicarea este mai uşoară, individul nu este prea stresat sau beneficiază de condiţii care sunt mai uşor de înţeles sau de mânuit.
Persoanele cu autism evită adesea contactul vizual „ochi în ochi".	Persoanele cu autism evită contactul vizual „ochi în ochi" sau îl folosesc într-un mod atipic ; te pot fixa cu privirea vreme îndelungată sau pot evita să privească persoanele cu care vorbesc. Anumite persoane cu autism prezintă dificultăţi în a răspunde la mai multe informaţii furnizate pe cale senzorială (de exemplu, o persoană de la care te aştepţi să stabilească contactul vizual poate să nu fie capabilă să-l asculte pe cel care vorbeşte în acelaşi timp ; dacă îi permiţi persoanei să se uite în altă parte, există şansa să poată recepta informaţiile verbale).
Elevii cu autism trebuie să urmeze programe speciale şi să participe la programe de învăţământ proiectate pentru persoanele cu autism.	Plasarea elevilor autişti într-o singură clasă presupune ca toţi elevii cu autism să aibă aceleaşi nevoi educaţionale. Dacă elevul nu poate face faţă într-o şcoală obişnuită, atunci trebuie urmărită o instituţie sau un centru specializat. În plus, elevii cu autism trebuie să aibă posibilitatea de a relaţiona constant cu persoane normale de aceeaşi vârstă cu ei. Trebuie adoptat un program educaţional care să sprijine realizarea ţelurilor individuale şi să satisfacă nevoile educaţionale ale tuturor elevilor cu autism.
Persoanele cu autism au un comportament prin care încearcă să-i controleze şi să-i manipuleze pe cei din jur.	Deseori persoanele cu autism sunt acuzate că încearcă să controleze sau să manipuleze comportamentul celorlalţi sau anumite situaţii. Este important să realizăm că persoanele cu autism prezintă dificultăţi în a citi semnele sociale şi contextuale şi în a interpreta informaţiile senzoriale. Prin urmare, încercaţi să evaluaţi şi să abordaţi situaţiile din perspectiva persoanelor cu autism.

Mit	Realitate
Persoanele cu autism preferă să fie singure şi fără prieteni.	Persoanele cu autism au şi ele preferinţe individuale referitor la cum vor să îşi petreacă timpul liber ; unii preferă să fie singuri, alţii vor companie, dar le lipseşte poate abilitatea de a interacţiona uşor cu ceilalţi. Pentru unele persoane cu autism, incapacitatea de a avea relaţii poate fi o sursă de frustrare şi poate duce la depresii.
Autismul este un handicap atât de grav şi fără scăpare încât nu se pot face prea multe lucruri pentru aceste persoane.	Autismul este o tulburare complexă, dar toate persoanele cu autism sunt capabile să învaţe abilităţi care să le permită să îşi desfăşoare existenţa în cadrul comunităţii. Printr-o educaţie adecvată, prin cunoaşterea nevoilor individuale, asigurarea serviciilor de sprijin şi accesul la oportunităţile comunităţii, persoanele cu autism pot duce o viaţă satisfăcătoare şi productivă.

ANEXA 4

Norme de accesibilizare a mediului pentru persoanele cu handicap

1) Accesibilitatea persoanelor în fotoliul rulant

a) *Circulaţia pe orizontală trebuie realizată pe căi de acces directe, cât mai scurte posibil, către locul de destinaţie uzual. Suprafaţa de deplasare trebuie să fie uscată, nealunecoasă şi fără obstacole pentru rotilele fotoliului rulant. Dacă aleea sau holul pe care se circulă este în pantă, aceasta nu trebuie să depăşească 5%. Dacă panta are între 4% şi 5%, atunci trebuie construite paliere de repaus la fiecare 10 m, în lungime de 1,40 m. O pantă de 2 m lungime poate avea înclinaţia maximă de 8%, iar una de 0,5 m de maxim 12%. Lăţimea culoarelor trebuie să fie de cel puţin 1,40 m, iar lăţimea uşilor sau a intrărilor trebuie să aibă dimensiuni cuprinse între 0,90 m şi 1,40 m. Uşile trebuie prevăzute cu mânere accesibile, uşor de folosit de către persoanele cu mobilitate redusă.*

b) *Parcarea* – locurile de parcare ale autovehiculelor speciale trebuie marcate cu simbolul internaţional pentru persoanele cu handicap (♿) şi vor respecta anumite coordonate:
- dacă parcarea autovehiculelor se face paralel cu trotuarul, locul de parcare al unui mijloc de transport trebuie să aibă lungimea minimă de 6,60 m şi lăţimea minimă de 3 m;
- dacă parcarea are loc perpendicular pe bordura trotuarului, lungimea minimă a locului destinat unui mijloc de transport este de 4,80 m, iar lăţimea minimă de 2,50 m; între spaţiile de parcare ale vehiculelor alăturate trebuie prevăzut un spaţiu de manevră de 0,80-1,20 m, pentru fotoliile rulante.

c) *Circulaţia pe verticală*:
- *ascensorul* – în cazul în care în unitate se poate instala un ascensor pentru utilizatorii de fotolii rulante, acesta trebuie să aibă uşi glisante şi butoane de comandă poziţionate la o înălţime de maximum 1,30 m;
- *scările de acces* – lăţimea minimă a scărilor trebuie să fie de 1,20 m; adâncimea unei trepte nu trebuie să depăşească 28 cm, iar înălţimea maximă a unei trepte este de 16 cm; marginile treptelor trebuie să fie vizibile (eventual colorate diferit).

  Dacă în clădire nu există ascensor, toate treptele trebuie dublate de o rampă sau de un mini-ascensor fixat pe balustrada ce mărgineşte treptele. Toate treptele trebuie să fie mărginite de o balustradă de susţinere.

d) *Echipamente*:
- *toalete/săli de baie* – sălile de baie trebuie să fie suficient de largi pentru a permite accesul fotoliului rulant; uşile trebuie să aibă cel puţin 90 cm lăţime, iar în sălile de baie trebuie montate bare de susţinere în dreptul chiuvetei şi al vasului de toaletă, la o înălţime de 70-80 cm; chiuveta nu trebuie montată la o înălţime mai mare de 70 cm;
- *masa de lucru* – blatul mesei de lucru trebuie să fie situat la înălţimea de 73-80 cm, pentru ca mânerele fotoliului rulant să poată intra sub blat; pentru persoanele care au probleme de coordonare motrice, masa de lucru trebuie să aibă un rebord de 5-6 cm, pe marginile sale exterioare; se pot utiliza suporturi adezive pentru ca obiectele să fie bine fixate pe masa de lucru.

2) Accesibilitatea pentru ambliopi – în toate spaţiile de deplasare ale persoanelor cu ambliopie, atât în exteriorul, cât şi în interiorul unităţii, trebuie aplicată o bandă de ghidaj. Dacă în clădire există zone periculoase pentru accesul persoanelor cu deficienţe de văz, aceste zone

trebuie marcate cu materiale contrastante, care să permită recunoaşterea traseului. Suprafeţele pardoselii trebuie să fie antiderapante. Indicatoarele din clădire trebuie să fie gravate în relief. Planurile de evacuare din clădire trebuie cunoscute de către utilizatori şi de către angajaţii unităţii.

3) Accesibilitatea pentru persoanele cu deficienţe de auz – elementele de semnalizare trebuie să fie vizuale, colorate contrastant. Pe cât posibil, în interiorul clădirii vor fi disponibile semnale luminoase intermitente, acţionate electronic, pentru atenţionarea utilizatorilor.

ANEXA 5

Cadru general pentru descrierea unui standard ocupaţional (categorii de informaţii)

1. Încadrarea ocupaţiei în *COR*
2. Definiţia grupei de bază
3. Definiţia ocupaţiei ; atribuţiile din cadrul ocupaţiei
4. Condiţii de încadrare
   4.1. Studii
   4.2. Starea sănătăţii
   4.3. Profil psihologic
   4.4. Antecedente penale
   4.5. Antecedente sociomorale
   4.6. Experienţă profesională
   4.7. Atestate/autorizare
   4.8. Alte condiţii (vârstă, aspect fizic etc.)
5. Competenţele necesare pentru exercitarea ocupaţiei (se prezintă în raport cu atribuţiile prezentate la punctul 3)
   5.1. Competenţe teoretice
   5.2. Competenţe practice
   5.3. Alte abilităţi
6. Normarea activităţilor (norma de lucru zilnică/lunară)
7. Indicatori de performanţă (nivelul calitativ al rezultatelor asociate activităţilor din cadrul ocupaţiei)
8. Specializări
9. Posibilităţi de încadrare în serviciile din sistemul de asistenţă şi protecţie a copilului
   9.1. Tipuri de servicii în care se poate încadra ocupaţia
   9.2. Cererea de pe piaţa forţei de muncă
10. Condiţii de lucru
   10.1. Program de lucru
   10.2. Condiţii de lucru dificile sau cu specific deosebit
11. Condiţii de salarizare, promovare şi alte beneficii oferite de angajator
12. Formarea profesională
   12.1. Elemente de bază ale curriculei pentru sistemul de învăţământ (propuneri pentru curricula la nivel preuniversitar şi universitar)
   12.2. Curricula pentru formarea profesională în afara sistemului de învăţământ
      a) formare iniţială
      b) calificare
      c) perfecţionare
      d) specializare

ANEXA 6

Standard ocupaţional. Consilieri pentru integrarea sociofamilială şi prezervarea relaţiilor familiale

1. Încadrarea ocupaţiei în COR:

- *Grupa majoră 2* – Specialişti cu ocupaţii intelectuale şi ştiinţifice;
- *Subgrupa majoră 2.5* – Specialişti din cadrul serviciilor comunitare;
- *Grupa minoră 2.5.1* – Specialişti din cadrul serviciilor de protecţie a copilului;
- *Grupa de bază 2.5.1.1* – Consilieri specializaţi în protecţia copilului;
- *Ocupaţia* – Consilieri pentru integrare sociofamilială şi prezervarea relaţiilor familiale.

2. Definiţia grupei de bază – Consilierii specializaţi în protecţia copilului asistă şi avizează copilul, familia naturală sau substitutivă a acestuia sau alţi specialişti, în scopul prevenirii, combaterii sau, după caz, soluţionării situaţiilor care pun în pericol securitatea, integritatea sau dezvoltarea copilului, astfel:

- asistă şi avizează familia naturală sau substitutivă a copilului, precum şi specialiştii implicaţi în luarea deciziilor care îl privesc pe copil; avizează sau, după caz, supervizează aceste decizii;
- asistă şi avizează copilul, familia sa naturală sau substitutivă în soluţionarea problemelor şi conflictelor în care copilul este implicat;
- susţine stabilirea, dezvoltarea sau normalizarea raporturilor şi relaţiilor sociofamiliale, în care copilul este sau trebuie implicat, în interesul său.

3. Definiţia ocupaţiei; atribuţiile din cadrul ocupaţiei:

3.1. *Definiţia ocupaţiei* – Consilierii pentru integrarea sociofamilială şi prezervarea relaţiilor familiale asistă, avizează şi sprijină copilul, familia naturală, lărgită sau substitutivă, familia adoptivă, alţi profesionişti care se ocupă de copil cu atribuţii operaţionale (educator specializat, asistent maternal etc.) sau decizionale, pentru *a stabili, dezvolta* sau *normaliza* raporturile şi relaţiile socio-familiale în interesul copilului, pentru *a menţine* copilul în familie (evitând intrarea acestuia în sistemul de protecţie) sau pentru *a-l integra/reintegra* în familie (dacă se află în sistemul de protecţie rezidenţial sau familial substitutiv).

3.2. *Atribuţiile din cadrul ocupaţiei* – Consilierii pentru integrarea sociofamilială şi prezervarea relaţiilor familiale îndeplinesc următoarele atribuţii:

a) participă la elaborarea şi avizarea *Proiectului personalizat de protecţie a copilului*;
b) analizează situaţia specifică fiecărui caz, identifică problemele asupra cărora poate să acţioneze şi planifică activitatea de intervievare şi consiliere;
c) discută cu copilul, membrii familiei, alte persoane (conform planului) şi consemnează în scris rezultatele acestor discuţii;
d) integrează în strategia de asistare, avizare şi acordare de sprijin elemente specifice proiectului personalizat al copilului care au rezultat din activitatea altor profesionişti din echipa serviciului public specializat;
e) stimulează dezvoltarea capacităţilor parentale (a capacităţilor *de asigurare* a îngrijirii corespunzătoare şi securităţii copilului, *de satisfacere* a nevoilor emoţionale ale copilului, *de promovare* a dezvoltării personale a copilului, *de îndrumare* şi impunere de limite) şi a unui mediu familial suficient de stabil, propice funcţionării acestor dimensiuni parentale;

f) acordă consiliere psihologică, socială, juridică pentru menţinerea, crearea, dezvoltarea sau normalizarea relaţiilor familiale, având permanent în vedere principiul respectării interesului copilului;
g) este disponibil să comunice telefonic, oricând este solicitat de către familiile/copiii aflaţi în programul de consiliere;
h) identifică şi semnalează cazurile de maltratare a copilului în familie şi colaborează în acest sens cu consilieri şi terapeuţi pentru probleme de abuz şi neglijare a copilului;
i) acordă asistenţă şi comunică permanent cu educatorul de referinţă al copilului, respectiv cu asistentul maternal, pentru stimularea relaţiei copil – familie conform prevederilor proiectului personalizat;
j) întocmeşte rapoarte de specialitate pentru a fi incluse în dosarele copiilor şi a fi luate în considerare în pregătirea unei hotărâri a CPC (Comisia de Protecţie a Copilului) de reintegrare familială sau de adopţie;
k) semnalează celorlalţi specialişti familiile care nu respectă programul de consiliere;
l) conştientizează rolul său în echipa serviciului şi dezvoltă relaţii profesionale pe orizontală şi pe verticală;
m) cunoaşte strategia şi proiectul instituţional al serviciului, participă la reuniuni de lucru şi la proiecte dezvoltate în favoarea copilului.

4. Condiţii de încadrare:

4.1. *Studii* – studii superioare de lungă durată, de preferat masterat, studii postuniversitare de specialitate. Domeniul: *psihologie* şi/sau *asistenţă socială.*

4.2. *Starea sănătăţii* – nu suferă de boli cronice transmisibile sau de boli psihice.

4.3. *Profil psihologic* – maturitate, cunoaştere de sine şi încredere în sine, motivare interioară, spirit de iniţiativă, simţul umorului, creativitate, capacitate de a face faţă stresului, conştiinciozitate, perseverenţă, responsabilitate, spirit de observaţie.

4.4. *Antecedente penale* – nu a suferit condamnări definitive pentru fapte prevăzute de legea penală, săvârşite cu intenţie.

4.5. *Antecedente sociomorale* – se analizează antecedentele sociomorale ale candidatului în raporturile sale cu:
a) familia (rude până la gradul IV inclusiv);
b) colectivul în care şi-a desfăşurat activitatea;
c) comunitatea locală în care trăieşte.

4.6. *Experienţa profesională* – este necesar cel puţin un an de practică profesională în domeniul protecţiei copilului şi al relaţiei cu familii în dificultate pentru a lucra în calitate de consilier pentru integrarea sociofamilială şi prezervarea relaţiilor familiale.

4.7. *Atestate/autorizare* – procedura de autorizare şi reautorizare periodică (cel puţin o dată la doi ani, pe baza evaluării activităţii profesionale) trebuie elaborată şi aprobată prin ordin al ANPDC (Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului).

4.8. *Alte condiţii (vârstă, aspect fizic etc.)* – nu este cazul.

5. Competenţele necesare pentru exercitarea ocupaţiei (se prezintă în raport cu atribuţiile prezentate la punctul 3):

5.1. *Competenţe teoretice* – cunoştinţe minime despre: cadrul juridic al protecţiei copilului în România, drepturile copilului, familie (cunoştinţe de specialitate de sociologie, psihologie, psihoterapie, asistenţă socială), teoria comunicării, copilul în dificultate, abuzul asupra copilului, tipuri de servicii de protecţie a copilului, standarde de calitate, sistemul judeţean de servicii; resurse comunitare, management de caz.

5.2. *Competenţe practice* – capacitate de comunicare (verbală, nonverbală, scrisă), spirit de observaţie, capacitate de sinteză/raportare în scris a evoluţiei cazurilor, autoritate profesională şi morală în relaţia cu clienţii, intuiţie.

5.3. *Alte abilităţi* – capacitatea de a asculta, înţelegerea punctelor de vedere şi a rolurilor celorlalţi, perceperea propriului rol în cadrul echipei, deprinderi de comunicare, inclusiv cu persoane cu nivel scăzut de pregătire, capacitatea de a se simţi relaxat cu copiii şi cu adulţii aflaţi în dificultate, respectul faţă de copii şi adulţi şi tratarea lor conform principiului egalităţii de drepturi şi libertăţi, spirit de echipă, spirit managerial.

6. Normarea activităţilor (norma de lucru zilnică/lunară): 8 ore pe zi.
Numărul maxim de cazuri pe săptămână – urmează a se determina după consultarea cu serviciile publice specializate pentru protecţia copilului (se recomandă 20 de cazuri/săptămână, cu posibilitatea de a depăşi cu maximum 15% prin prelungirea programului de lucru).

7. Indicatori de performanţă (nivelul calitativ al rezultatelor asociate activităţilor din cadrul ocupaţiei):
- numărul de copii menţinuţi sau reintegraţi în familie, în urma activităţilor de consiliere;
- numărul de familii care pot demonstra o îmbunătăţire a capacităţilor parentale, o mai bună folosire a serviciilor existente, o ameliorare a relaţiei copil – familie;
- numărul de dosare aflate în evidenţă în limita normelor şi calitatea rapoartelor incluse;
- gradul de relaţionare cu alţi profesionişti din echipa serviciului public specializat;
- rata recidivării cazurilor.

8. Specializări

9. Posibilităţi de încadrare în serviciile din sistemul de protecţie a copilului:

9.1. *Tipuri de servicii în care se poate încadra ocupaţia*:
- Centru de consiliere şi sprijin pentru părinţi;
- Centru de pregătire şi sprijinire a reintegrării şi integrării copilului în familie;
- Centru de îngrijire de zi;
- Centru de îngrijire şi recuperare de zi pentru copilul cu handicap;
- Serviciul pentru tineri.

9.2. *Cererea de pe piaţa forţei de muncă* – urmează a fi evaluată.

10. Condiţii de lucru:

10.1. *Program de lucru* – program de zi, numai în zilele lucrătoare. În funcţie de situaţia existentă la nivel local, programul se poate împărţi între două-trei servicii din sistem.

10.2. *Condiţii de lucru dificile sau cu specific deosebit* – condiţii ridicate de stres.

11. Condiţii de salarizare, promovare şi alte beneficii oferite de angajator – se vor stabili de către autorităţile competente.

12. Formarea profesională:

12.1. *Elemente de bază ale curriculei pentru sistemul de învăţământ* (propuneri pentru curricula la nivel universitar):
- Psihologie generală; psihologia familiei; psihologia copilului;
- Legislaţia familiei;
- Teoria comunicării;
- Consiliere;
- Maltratarea copilului. Identificarea factorilor de risc;
- Cadrul juridic al protecţiei copilului;
- Tehnici specifice de consiliere în funcţie de problematică;
- Management de caz;
- Practică de specialitate.

12.2. *Curricula pentru formarea profesională în afara sistemului de învățământ*:
- acte interne şi internaţionale în domeniul protecţiei drepturilor copilului ;
- tehnici de consiliere ;
- studii de caz.

ANEXA 7

Depistarea problemelor auditive la copii

Dacă nu este diagnosticată şi tratată la timp, pierderea, chiar şi temporară, a auzului poate afecta vorbirea şi dezvoltarea vocabularului unui copil. Totuşi, dezvoltarea vorbirii în aceste cazuri depinde de doi factori majori:

- gradul pierderii auzului;
- vârsta la care pierderea auzului a fost diagnosticată şi tratată.

În scopul depistării şi intervenţiei timpurii sunt prezentate câteva aspecte semnificative, pe intervale de vârstă, care ar putea reprezenta semnale cu privire la existenţa unor tulburări la nivelul auzului:

a) *în primul an de viaţă*:
   - la 4 luni nu imită sunete pe care le scot părinţii;
   - la 6 luni nu râde;
   - la 8-9 luni nu foloseşte sunete ca să vă atragă atenţia;
   - la 9 luni nu a început să „mormăie";
   - la 9-10 luni nu poate să-şi exprime bucuria sau supărarea;
   - la 10 luni nu răspunde când este strigat pe nume;

b) *de la 12 la 18 luni*:
   - nu poate să răspundă la comenzi simple, cum ar fi: „hai la mine";
   - nu întoarce capul ca răspuns la zgomotele venite din altă cameră;
   - nu arată cu degetul ceva ce-şi doreşte;
   - nu imită cuvinte simple (*mama*, *tata*, *papa* etc.);
   - nu reacţionează la muzică;
   - nu foloseşte cel puţin două consoane;
   - la 15 luni nu înţelege şi nu răspunde la cuvinte ca: „nu" sau „pa";
   - la 15 luni nu foloseşte cel puţin 6 gesturi cum ar fi: „pa", „da", „nu" etc.;
   - la 18 luni nu pronunţă cel puţin 6 cuvinte simple;

c) *de la 19 la 24 luni*:
   - nu răspunde cu „da" sau „nu" la întrebări sau comenzi;
   - la 20 de luni nu foloseşte cel puţin 6 consoane;
   - la 21 de luni nu răspunde la comenzi simple;
   - la 21 de luni nu se joacă cu păpuşa ca şi cum ar fi un om (spre exemplu, nu o piaptănă, nu o hrăneşte etc.);
   - la 42 de luni nu poate identifica obiecte comune ca: păpuşă, cană, jucării etc.;
   - la 24 de luni nu imită acţiunile şi cuvintele celorlalţi;
   - la 24 de luni nu poate arăta părţile corpului când i se cere;

d) *de la 25 la 30 luni*:
   - nu răspunde la comenzi duble cum ar fi: „stai jos şi bea laptele";
   - nu poate răspunde la întrebări de genul: „ce..." şi „cine...";
   - nu poate înţelege ce îi spune o persoană căreia nu-i cunoaşte vocea;
   - nu poate forma propoziţii din două cuvinte (spre exemplu, „eu merg");
   - nu este interesat de poveşti scurte;

e) *de la 30 la 36 luni*:
   - nu poate fi înţeles de membrii familiei;

- nu înţelege termenii posesivi cum ar fi: "al meu", "al tau" etc.;
- nu poate folosi termeni descriptivi de bază cum ar fi: "mare", "mic" etc.;
- nu foloseşte pluralul;
- nu foloseşte verbe;
- nu pune întrebări de genul: "ce..." sau "de ce...";

f) *de la 3 la 4 ani*:
- la 3 ani nu poate folosi propoziţii scurte;
- la 3 ani nu poate înţelege comenzi simple;
- la 3 ani nu se joacă cu alţi copii;
- la 3 ani şi jumătate are dificultăţi în a adăuga consoana finală la unele cuvinte (de exemplu, spune „pa" în loc de „pat");
- la 4 ani este inteligibil.

ANEXA 8

Caracteristici ale dezvoltării neuro-psiho-motorii la copiii preşcolari (4-7 ani)

Vârsta	Comportament motor	Comportament cognitiv	Comportament verbal	Comportament socioafectiv
4 ani	– stă într-un picior ; apoi pe celălalt (5 secunde) ; – pliază o foaie de hârtie în diagonală după demonstraţie ;	– compară două obiecte după greutate ; – sortează obiecte după două-trei culori ; – sortează uşor obiectele după mărimi (două mărimi) ; – sortează obiecte în raport cu dimensiunile lor (lat/îngust) ; – explică o acţiune necesară simplă (exemplu : „ce faci când îţi este sete ? ") ; – grupează imagini în raport cu două noţiuni generale (*animale*, *flori*) ; – cunoaşte trei poziţii spaţiale (sus, jos, în faţă, în spate) ;	• foloseşte corect pluralul în vorbirea curentă ; • reproduce poezii din două strofe/opt versuri ;	– se încalţă singur ; – se poate dezbrăca singur ; – mănâncă în mod corect singur ; – se joacă mai mult singur în companii imaginare ;
5 ani	– desenează un pătrat după model ; – efectuează corect mişcări de orientare în schema corporală la comandă (duce mâna stângă la ochiul drept, mâna dreaptă la piciorul stâng etc.) ;	– identifică patru-cinci poziţii spaţiale (*sus*, *jos*, *faţă*, *spate*, *alături*) ; – sortează beţişoare după lungimi ; – sortează obiecte după mărimi (trei mărimi) ; – recunoaşte elementele omise pe şase-şapte desene incomplete ; – deosebeşte două momente ale zilei (dimineaţa, seara) ; – explică o relaţie necesară destul de complexă (exemplu : „de ce avem nevoie de cărţi ? ") – grupează imagini în raport cu patru noţiuni generale (*fructe*, *păsări*, *legume*, *animale*) ; – explică utilitatea a patru-cinci obiecte (ceaşcă, furculiţă, umbrelă, ghete, masă) ; – înţelege analogii opozante (exemplu : „tu eşti băiat, dar sora ta este...") ;	• reproduce o poezie cunoscută (minim trei strofe) ; • relatează despre trei imagini (cu multe detalii) ;	– începe să-şi aranjeze singur lucrurile ; – participă la jocul cu reguli în grupuri de copii ; – înţelege şi acceptă normele grupului ;

Vârsta	Comportament motor	Comportament cognitiv	Comportament verbal	Comportament socioafectiv
6 ani	– desenează un romb după model ; – efectuează cu multă uşurinţă mişcări corecte de orientare în schema corporală proprie ;	– indică şi denumeşte şase-şapte culori sau nuanţe ; – deosebeşte trei momente ale zilei şi relatează activităţi obişnuite pentru aceste momente ; – denumeşte anotimpurile ; – denumeşte zilele săptămânii (minim cinci) ; – denumeşte din memorie noţiuni din sfera a patru-cinci noţiuni generale (îmbrăcăminte, mobilă, vehicule, jucării etc.) ; – defineşte patru obiecte sau fiinţe (minge, pisică, haină, fluture) ; – stabileşte asemănări între trei noţiuni date (*câine-pisică*, *gheată-cizmă*, *măr-pară*) ; – numără 10 cuburi ;	• foloseşte adverbe de timp (azi, mâine, ieri) ; • relatează mai pe larg despre trei imagini date ; • limbaj expresiv cu folosirea epitetelor şi a dialogului în povestiri ;	– ştie să joace jocuri de îndemânare (decupaje) ; – comunică mai uşor cu persoanele adulte străine, este mai receptiv şi răspunde mai prompt la solicitările acestora ;
7 ani	– desenează corect un pătrat şi un cerc alăturat (tangente) ; – recunoaşte şi denumeşte diferite părţi ale corpului pe partenerul său (mâna stângă. piciorul drept etc.).	– stabileşte asemănări între noţiuni date (*haină-bluză*, *măr-portocală*, *pisică-şoarece* etc.) ; – explică relaţii de tipul : „ce faci dacă pierzi jucăria unui prieten ? ”, „de ce au casele ferestre ? ”, „de ce avem nevoie de haine ? ” ; – repetă câte trei şiruri de câte cinci cifre (unul din trei) ; – defineşte şase obiecte sau fiinţe ; – stabileşte analogii opozante de tipul : pasărea zboară, peştele…, masa este din lemn, cartea din… ; – dacă tai un măr în jumătate, câte bucăţi obţin ? – cunoaşte zilele săptămânii şi le denumeşte ; – cunoaşte şi denumeşte anotimpurile ; – continuă să reprezinte grafic serii de câte trei puncte sau – trei cercuri de trei mărimi diferite.	– povesteşte coerent şi fluent un tablou ; – structură gramaticală bogată, utilizează adjective, adverbe, cuvinte de legătură.	– este cooperant în relaţiile cu grupul de copii şi cu adulţii ; – răspunde cu solicitudine şi toleranţă la cerinţele adultului.

Notă :
Copiii care nu ating pragul minim prin prezenţa a cel puţin 10 dintre cele 15 caracteristici comportamentale specifice fiecărei vârste vor fi în atenţia educatorilor. În situaţiile în care se constată că nu realizează acest prag minimal, educatorul trebuie să îndrume copiii respectivi la specialişti pentru evaluare şi diagnostic diferenţiat. Acelaşi lucru este valabil şi pentru copiii care, deşi ating pragul minim al celor 10 caracteristici, prezintă elemente deficitare numai într-una din cele patru componente.
Rezultatele la itemii incluşi în această fişă permit părinţilor şi cadrelor didactice din învăţământul preşcolar să identifice eventuale disfuncţii sau tulburări în dezvoltarea normală a copilului. În acelaşi timp sunt oferite informaţii cu privire la tipurile de activităţi care vor putea fi incluse în programele de educare/recuperare a copiilor evaluaţi. De asemenea, la debutul şcolar, rezultatele la aceşti itemi pot fi ataşate la fişa psihopedagogică a copilului.

ANEXA 9

Evoluţia datelor statistice din perioada 1992-2003 referitoare la persoanele cu cerinţe speciale (dizabilităţi)

Nr.	An	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	Număr total	74.053	225.232	370.462	368.586	462.947	408.429	412.295	410.117	402.275	425.847	423.393	416.286
	din care :												
1.1	Copii	8.845	11.466	32.352	47.336	59.521	65.255	52.717	54.364	56.390	59.746	56.886	56.614
1.2	Adulţi	65.208	213.766	338.110	321.250	403.426	343.174	359.578	355.753	345.885	366.101	366.507	359.672
	din care :												
2	Neinstituţionalizaţi	54.805	205.239	350.611	348.592	442.370	387.342	391.194	388.453	382.728	405.784	403.533	396.486
	din care :												
2.1	Copii	4.641	7.117	28.412	43.172	55.566	61.346	49.224	51.178	55.186	58.688	55.984	55.889
2.2	Adulţi	50.164	198.122	322.199	305.420	386.804	325.996	341.970	337.275	327.542	347.096	347.549	340.597
3	Instituţionalizaţi	19.248	19.993	19.851	19.994	20.577	21.087	21.101	21.664	19.547	20.063	19.860	19.800
	din care :												
3.1	Copii	4.204	4.349	3.940	4.164	3.955	3.909	3.493	3.186	1.204	1.058	902	725
3.2	Adulţi	15.044	15.644	15.911	15.830	16.622	17.178	17.608	18.478	18.343	19.005	18.958	19.075

Sursa : Baza de date a ANPH

ANEXA 10

Numărul total de persoane pe categorii de deficienţe/handicap (2004)

Gradul deficienţei/handicapului	Categoria de subiecţi	Fizic (locomotor)	Somatic	Auditiv	Vizual	Mintal	Neuropsihic	Asociat	SIDA+ HIV	Boli rare	Social	Total
Grav (I)	Copii	2.911	3.074	153	1.484	6.494	6.158	3.437	3.075	256	22	27.064
Grav (I)	Adulţi	21.034	10.280	321	46.186	18.477	19.879	6.717	429	938	987	125.248
Accentuat (II)	Copii	2.097	2.515	652	1.189	4.032	2.120	1.338	54	120	3	14.120
Accentuat (II)	Adulţi	45.668	29.404	11.188	34.940	52.547	27.833	11.808	353	1.396	1.527	216.664
Mediu (III)	Copii	2.210	2.582	1.550	1.669	3.920	1.706	1.069	2	50	0	14.758
Mediu (III)	Adulţi	3.136	2.470	997	1.890	2.723	1.592	979	0	127	771	14.685
Uşor (IV)	Copii	27	24	16	19	48	23	5	0	0	0	162
Uşor (IV)	Adulţi	106	206	66	83	256	250	142	4	0	324	1.437
Toate gradele	Copii	7.245	8.195	2.371	4.361	14.494	10.007	5.849	3.131	426	25	56.104
Toate gradele	Adulţi	69.944	42.360	12.572	83.099	74.003	49.554	19.646	786	2.461	3.609	358.034
Toate gradele	Copii + Adulţi	77.189	50.555	14.943	87.460	88.497	59.561	25.495	3.917	2.887	3.634	414.138

Sursa : Baza de date a ANPH

Inventar de instrumente, teste şi probe pentru evaluarea copilului mic (0-7/10 ani) (după Mitrofan, 1997)

1. **Instrumente de măsurare de tip *screening*:**
   - Testul Denver de evidenţiere a achiziţiilor în planul dezvoltării
   - Inventarul de dezvoltare Battelle
   - Testul de triere Brigance (revizuit) pentru grădiniţă şi copiii din clasa I
   - Testul de treiere Brigance (revizuit) pentru preşcolaritatea timpurie
   - Inventarul de triere pe baza activităţilor de dezvoltare
   - Indicatorii dezvoltării pentru măsurarea efectelor învăţării
   - Inventarul pentru trierea timpurie
   - Profilurile trierii timpurii
   - Testul de triere al lui McCarthy (MST)
   - Testul Miller de măsurare a preşcolarilor
   - Inventarul pentru măsurarea dezvoltării preşcolarului
   - Teste de măsurare pentru arii de dezvoltare specifice
2. **Mijloace de măsurare a dezvoltării:**
   a) *pentru nou-născuţi*:
   - Scala de măsurare a comportamentului neonatal
   - Grile pentru evaluarea neurologică şi a comportamentului copilului născut înainte de termen şi la termen

   b) *pentru copii foarte mici (0-2/3 ani)*:
   - Sistemul de măsurare, evaluare şi programare pentru copiii mici
   - Scalele Bayley pentru evaluarea dezvoltării copilului
   - Carolina Curriculum pentru copii foarte mici cu nevoi speciale
   - Profilul de dezvoltare al intervenţiei timpurii
   - Profilul achiziţiilor învăţării timpurii
   - Profilul Hawaii al învăţării timpurii
   - Inventarul Minnesota de dezvoltare a copilului
   - Scalele ordinale ale dezvoltării psihologice

   c) *pentru copiii preşcolari şi şcolarii mici*:
   - Inventarul dezvoltării copilului
   - Inventarul diagnostic al lui Brigance pentru dezvoltarea timpurie (revizuit)
   - Profilul achiziţiilor învăţării
   - Sistemul de planificare a serviciilor pentru copilăria timpurie
   - Carolina Curriculum pentru preşcolarii cu nevoi speciale
   - Testul Gesell pentru preşcolari
   - Scalele de dezvoltare Gesell
3. **Teste pentru măsurarea inteligenţei la preşcolari:**
   - Scala de inteligenţă pentru copiii mici a lui Cattell
   - Bateria Kaufman pentru măsurarea copiilor
   - Scalele McCarthy pentru abilităţile copiilor
   - Scalele pentru diferenţierea abilităţilor
   - Scala de inteligenţă Stanford-Binet
   - Scala de inteligenţă Wechsler pentru copiii preşcolari şi şcolarii mici (revizuit)

Inventar de probe pentru examinarea psihologică și psihopedagogică (vezi Set de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități, UNICEF și Asociația RENINCO, București, 2003)

Nr.	Domeniul	Instrumente, probe, teste
1.	Dezvoltare psihomotorie	1. Scala Portage pentru evaluarea timpurie 2. Ghidul Jim Dale pentru evaluarea progresului 3. Ghidul pentru aprecierea dezvoltării psihice a copilului preșcolar (elaborat de Irina Chiriac și Angela Chițu) 4. Scala de dezvoltare Denver 5. Scalele de dezvoltare Gesell 6. Scala Brunet-Lézine 7. Fișe de dezvoltare psihomotorie
2.	Dezvoltare intelectuală	1. Bateria experimentală privind nivelul de dezvoltare intelectuală al copiilor de 6 -10 ani 2. Scala metrică a inteligenței Binet-Simon 3. Scala de inteligență Stanford-Binet 4. Scala de inteligență Wechsler (*WPPSI*) 5. Scala de inteligență Wechsler pentru școlari (*WISC*) 6. Testul Dearborn 7. Matricele Progresive Raven, alb, negru și color 8. Scalele McCarthy 9. Scalele Bayley de dezvoltare a copilului 10. Testul Goodenough (testul omulețului) 11. Testul Snijders-Oomen 12. Testul „Sans paroles" 13. Bateria Borel-Maisonny pentru evaluarea nivelului mintal al copiilor surzi și cu tulburări de limbaj cu vârste cuprinse între 1 și 5 ani 14. Scale pentru diferențierea abilităților (DAS)
3.	Nivelul operatoriu al inteligenței	1. Probe psihogenetice operatorii (T. Kulcsar) 2. Probe de examinare a nivelului operator necesar pentru însușirea numărului și a operațiilor aritmetice elementare (N. Obrocea)
4.	Procese psihice: – atenție – memorie – nivelul percepției – limbaj	1. Proba de atenție distributivă „Praga" 2. Proba de baraj Zazzo 3. Labirinturi 4. Teste de concentrare (Mohling-Raatz) 5. Proba de memorie auditivă a cuvintelor (Rey) 6. Probe de memorie a numerelor 7. Proba de memorie a formelor geometrice (Piéron) 8. Probe pentru examinarea praxiilor 9. Probe primare pentru abilități perceptive 10. Proba perceptiv-motrice Bender-Santucci 11. Scara de dezvoltare a limbajului (C. Păunescu) 12. Scala Portage (0-6 ani) – aria limbaj

Nr.	Domeniul	Instrumente, probe, teste
4.	Procese psihice: – atenţie – memorie – nivelul percepţiei – limbaj	13. Test de vocabular în imagini 14. Test de limbaj TACL – revizuit 15. Testul Wheldall de înţelegere a limbajului 16. Testul de limbaj Borel-Maisonny 17. Proba Borel-Maisonny pentru scris-citit 18. Probe pentru cunoaşterea vârstei psihologice a limbajului (A. Descoeudres) 19. Derbyshire Language Scheme – pentru evaluarea progresului în limbaj 20. Proba de vocabular Rey – pentru evaluarea dezvoltării limbajului 21. Probe de examinare a limbajului oral 22. Fişă de examinare a copilului alalic 23. Probe de conştientizare fonologică 24. Testul ABC (L. Filho) 25. Probe pentru examinarea scrierii 26. Fişa de evaluare a dificultăţilor grafice (E. Vrăjmaş) 27. Evaluarea predispoziţiilor lexice – Fayasse 28. Scala de evaluare Harvey 29. Probe de examinare a lexiei (N. Gheorghiţă, A. Fradis) 30. Proba de citire Boyet 31. Proba de evaluare a capacităţii lexice – Lobrot 32. Test de înţelegere a lecturii
5.	Motricitate	1. Proba Ozeretzki-Guillmain 2. Proba de orientare spaţială Piaget Head 3. Proba de lateralitate Harris 4. Proba Rey pentru determinarea sincineziilor 5. Bateria pentru lateralitate Galifret Granjon 6. Proba pentru punctare Binet-Vaschide 7. Proba de punctare Stambak 8. Proba „Tapping" 9. Proba „Perle" 10. Proba „Decupaj" 11. Proba „Discuri" 12. Proba „Bile" 13. Proba de bifare a semnelor Zazzo
6.	Maturizare psihosocială	1. Scala de maturizare socială Gunzburg 2. Scala Vineland 3. Lista de control pentru depistarea tulburărilor de comportament Werry-Quay 4. Listă de itemi privind formarea timpurie a deprinderilor comportamentale
7.	Personalitate	1. Probe de desen (om, casă, familie, arbore) 2. Testul Rorschach 3. Testul Luscher 4. Testul de apercepţie TAT 5. Testul fabulelor Düss 6. Testul de apercepţie CAT pentru copii
8.	Maturitate şcolară (cunoştinţe, priceperi, deprinderi)	1. Chestionar de cunoştinţe pentru preşcolari (U. Şchiopu) 2. Probe de cunoştinţe pentru şcolarul mic 3. Probe pentru cunoaşterea copilului preşcolar 4. Scala de evaluare a educabilităţii preşcolarului (A. Coaşan) 5. Bateria de probe pentru preşcolari (V. Piscoi) 6. Fişa de evaluare a nivelului de dezvoltare a copiilor cu dizabilităţi 7. Probe psihopedagogice (E. Bonchiş)
9.	Programe-cadru	1. Planuri de servicii personalizate (PSP) 2. Programe de intervenţie personalizată (PIP)

ANEXA 13

Repere strategice în evaluarea psiho-pedagogică şi socială a unei persoane cu cerinţe speciale

1. **Cadrul şi condiţiile în care are loc examinarea copilului:**
   - organizarea spaţiului şi asigurarea confortului pentru copilul examinat;
   - condiţiile în care se desfăşoară convorbirea cu copilul şi părinţii sau tutorii acestuia;
   - stabilirea obiectivelor, metodelor şi mijloacelor necesare pentru examinare.
2. **Anamneza:**
   - datele personale ale copilului;
   - antecedente ereditare;
   - evoluţia simptomelor, succesiunea şi fluctuaţiile lor în timp;
   - tratamente aplicate;
   - antecedente personale, cu accente pe evoluţia sarcinii, momentul naşterii;
   - comportamentul şi procesul de socializare al copilului în primii ani de viaţă;
   - ancheta socială cu principalele puncte de investigat: informaţii despre membrii familiei; condiţiile de viaţă ale familiei; resursele materiale şi financiare ale familiei; relaţiile cu membrii colectivităţii.
3. **Examenul somatic:**
   - examinarea staturo-ponderală;
   - tegumentele;
   - sistemul osteoarticular;
   - examenul clinic al capului;
   - aparatul respirator;
   - aparatul cardiovascular;
   - aparatul digestiv;
   - aparatul renal şi procesele hidroelectrolitice.
4. **Examinarea neurologică:**
   - reflexele şi mişcările involuntare;
   - tonusul muscular;
   - ortostatismul;
   - mersul;
   - motilitatea activă;
   - examenul sensibilităţii (analizatorilor);
   - examenul nervilor cranieni.
5. **Investigaţii paraclinice:**
   - examenul LCR (lichidul cefalorahidian);
   - electrodiagnosticul neuromuscular (stimularea electrică, cronaxia, electromiografia, viteza de conducere în nervii periferici);
   - electroencefalografia (EEG);
   - ecoencefalografia;
   - roencefaloscopia;
   - examinarea radiologică;
   - tomografia computerizată;
   - rezonanţa magnetică nucleară (RMN);
   - investigaţii umorale;

- investigaţii genetice.

6. **Examinarea psihiatrică adaptată vârstei copilului.**
7. **Examinarea psihologică:**
   a) investigarea personalităţii prin probe analitice, sintetice, proiective, concretizate în chestionare, teste sau sarcini practice;
   b) teste de eficienţă pentru:
      - psihomotricitate şi abilitate manuală (schemă corporală şi lateralitate, stil motor, structurare vizuală, sincinezii etc.);
      - investigarea activităţii psihice (percepţie, imaginaţie, atenţie, memorie, gândire, limbaj, afectivitate etc.).
8. **Evaluarea nivelului intelectual prin:**
   - teste de dezvoltare individuală;
   - teste analitice şi calitative ale inteligenţei;
   - teste colective de inteligenţă;
   - teste individuale verbale şi de performanţă.
9. **Indicatorii de dezvoltare:**
   a) vârsta biologică;
   b) vârsta de dezvoltare:
      - mintală;
      - motorie;
      - a limbajului;
   c) comportament ludic;
   d) învăţarea socială şi coeficientul de socializare;
   e) vârsta şcolară.
10. **Diagnostic nosologic şi descriptiv.**

ANEXA 14

Şcoala/instituţia ....

Adresa ....

Fişă de cunoaştere psihopedagogică şi socială a elevului

Întocmit de la...................... până la......................

I. Date personale:

Numele .... Prenumele ....

Data naşterii .... Locul naşterii ....

Domiciliul ....

Înscris la şcoala/instituţia noastră din anul şcolar ....

II. Date familiale:

Numele părinţilor şi data naşterii: – tata ....

– mama ....

Pregătirea şcolară, ocupaţia şi locul de muncă: – tata ....

– mama ....

Structura şi componenţa familiei, locul copilului în ordinea naşterilor (fratrie) ....

....

Bugetul familiei ....

Condiţiile materiale şi de locuit ale familiei ....

Relaţiile intrafamiliale şi climatul afectiv ....

Starea de sănătate a familiei ....

Atitudinea şi/sau conduita părinţilor faţă de: – copil ....

– şcoală ....

– rezultatele la învăţătură ale copilului ....

Planuri/intenţii ale familiei faţă de copil ....

III. Date medicale semnificative:

Evoluţia sarcinii ....

Naşterea ....

Evoluţia şi dezvoltarea copilului în primul an de viaţă ....

Antecedente patologice: – personale ....

– în familie ....

Starea actuală de sănătate: – personală ....

– a membrilor familiei ....

Aspecte privind dezvoltarea: – fizică/motrică ....

– senzorială ....

– psiho-intelectuală ....

Alte date medicale semnificative ....

IV. Date cu privire la ruta şcolară anterioară (inclusiv perioada preşcolară):

Debutul şcolar (anul, locul etc.) ....

Instituţii frecventate până în prezent şi rezultate obţinute ....

....

V. Date psihologice:
IQ (coeficientul de inteligenţă/testele utilizate) ..../..............................
Activităţile senzorial-perceptive ....
Activităţi de tip reprezentativ-simbolic ....
Gândirea/operaţiile gândirii: – tipuri de gândire ....
– analiza ....
– sinteza ....
– abstractizarea ....
– generalizarea ....
– comparaţia ....
– sistematizarea ....
– concretizarea ....
– reversibilitatea ....
– asociativitatea ....
– clasificări, grupări, incluziuni în clase ....
– calităţi speciale ....
Memoria: – formele memoriei ....
– procesele memoriei ....
– calităţi speciale ....
Limbajul: – vocabularul ....
– calităţile pronunţiei ....
– structura gramaticală ....
– diagnostic logopedic ....
– alte observaţii ....
Atenţia: – caracteristicile atenţiei ....
– calităţi speciale ....
Voinţa ....
Afectivitatea (stările afective) ....
Trăsături de personalitate: – temperament ....
– caracter ....
– aptitudini/interese speciale ....
– conduita/comportamentul ....
Aptitudini/deprinderi/obişnuinţe ....
Creativitatea ....
Spiritul de observaţie ....
Psihomotricitatea: – coordonarea motorie ....
– schema corporală ....
– lateralitatea şi dominanţa manuală ....
Atitudinea faţă de: – sine ....
– societate ....

VI. Date pedagogice:
Calitatea rezultatelor şcolare ....
Capacitatea de învăţare/gradul de însuşire a cunoştinţelor ....
Motivaţia pentru învăţare ....
Stilul de învăţare ....
Discipline preferate ....
Atitudinea faţă de: – succesul/eşecul şcolar ....
– personalul didactic/colegi ....
Activităţi educative extraşcolare ....

VII. Date socioprofesionale:

Integrarea socială: – în colectivul clasei ....

.... – în grupul de prieteni ....

Calitatea relaţiilor interpersonale ....

Imaginea/opinia colegilor ....

Atitudinea faţă de muncă ....

Stilul de muncă ....

Gesturi profesionale ....

Comportamentul general în muncă (perseverenţă, iniţiativă, stăpânire de sine etc.) ....

....

Organizarea locului de muncă ....

Fatigabilitatea ....

Organizarea timpului liber ....

VIII. Date privind orientarea şcolară şi profesională:

Opţiunile elevului ....

Preferinţele familiei ....

Comanda socială privind profesia/profesiile dorite de elev ....

Recomandarea dirigintelui sau a altor cadre de specialitate ....

Recomandarea consilierului/psihologului şcolar ....

IX. Caracterizare generală finală:

Dominante pozitive ....

Dominante negative (posibilităţi de recuperare) ....

Orientarea personalităţii (în ansamblul ei) ....

X. Prognostic

Şcolar ....

Profesional ....

Recomandări:

Recomandări cu privire la atitudinea celor din jur faţă de subiect: ....

....

Recomandări cu privire la eventuale programe de intervenţie/ recuperare ....

....

Aprecieri referitoare la comportamentul viitor al subiectului, integrarea în familie, şcoală, comunitate ....

....

Date de identificare a celui/celor care au întocmit prezenta fişă

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Fişă de evaluare psihopedagogică şi educaţională
(cadru general de realizare)

Nume şi prenume ....
Vârsta/data naşterii ....
Şcoala .... Clasa ....
Cadru didactic/învăţător/educator ....

Evaluare psihopedagogică şi educaţională:
Rută şcolară ....
....
Dezvoltare cognitivă ....
....
....
Dezvoltare psihomotrice ....
....
....
Limbaj şi comunicare ....
....
Capacitate de adaptare şi interrelaţionare ....
....
Nivelul achiziţiilor şcolare (cu accent pe principalele deprinderi, interese şi discipline şcolare)
....
....
Date semnificative de natură socială şi/sau medicală ....
....
....
Recomandări ....
....
....
Evaluator ....

ANEXA 16

Numele şi prenumele ....
Denumirea instituţiei ....

Studiu de caz
(cadru general de realizare)

În vederea realizării unui studiu de caz veţi proceda după următorul algoritm :
- alegerea subiectului/cazului pentru studiu ;
- documentarea privind particularităţile bio-psihosociopedagogice ale subiectului ;
- analiza modului concret în care puteţi să răspundeţi nevoilor specifice ale subiectului ;
- urmăriţi următoarele etape :

I

- *date biografice şi sociale semnificative* – data şi locul naşterii, date semnificative despre componenţa familiei, evenimente importante din biografia subiectului, condiţii socioeconomice şi culturale în familie etc. ;
- *date medicale semnificative* – evoluţia din timpul sarcinii, naşterea, evoluţia şi dezvoltarea în primul an de viaţă, bolile din timpul copilăriei, antecedente patologice, starea actuală de sănătate etc. ;
- *date psihologice semnificative* – procesele şi fenomenele psihice, coeficient de inteligenţă, aptitudini, comportament, imagine de sine, comunicare şi relaţionare cu cei din jur, interesele şi aspiraţiile subiectului etc. ;
- *date pedagogice semnificative* – ruta şcolară, stil de învăţare, succes/eşec şcolar, discipline preferate, rezultate şcolare, activităţi extraşcolare etc.

II

- *particularităţi de vârstă ale subiectului.*
- *modul de manifestare al subiectului în activitatea cotidiană* (de exemplu : provine din familie ; este instituţionalizat – sindromul de instituţionalizare, grupul de prieteni, comportamentul social etc.) ;
- *aspecte particulare de cazului.*

III

- *Nevoi ale subiectului în cauză derivate din capitolul B* ;
- *Modalităţi de a răspunde acestor nevoi specifice prin activitatea dumneavoastră.*

Notă :
În funcţie de specificul cazului se mai pot oferi date referitoare la :
- programele de intervenţie terapeutică (psihologică, logopedică, educaţională etc.) – evoluţia şi stadiul lor ;
- evoluţia subiectului în urma aplicării programelor de intervenţie ;
- prognostic asupra evoluţiei subiectului – pe termen scurt, mediu şi lung ;
- sugestii şi recomandări cu privire la modalităţile de ameliorare şi optimizare a programelor de intervenţie pentru specificul cazului respectiv.

Model de anchetă socială (cadru general de realizare)

Date de identificare a cazului:
Numele .... Prenumele ....
Data naşterii .... Locul naşterii ....
Domiciliul ....
Etnie .... Religie ....

Date despre familie:
Numele părinţilor şi data naşterii : – tata ....
– mama ....
Pregătirea şcolară, ocupaţia şi locul de muncă : – tata ....
– mama ....
Structura şi componenţa familiei, locul copilului în ordinea naşterilor (fratrie) ....
....
Condiţiile materiale şi de locuit ale familiei (venituri, locuinţă, condiţii igienico-sanitare, utilităţi, facilităţi speciale etc.) ....
....
Relaţiile intrafamiliale şi climatul afectiv ....
....
....
Starea de sănătate a familiei ....
....
Nivelul şi climatul educaţional al familiei ....
....
Relaţiile familiei cu comunitatea (ecomapa) ....
....
Gradul de integrare şi participare socială ....
....
Descrierea problemei/situaţiei-problemă ....
....
Identificarea nevoilor şi resurselor familiale şi comunitare ....
....
Recomandările asistentului social (pentru planul de intervenţie)...
....

Data şi semnătura

Notă:
Se vor ataşa : genograma, ecomapa, traseul (ruta) instituţional, jurnalul copilului etc.

Unitatea .... Nr. ..../...............
Localitatea ....
Județul ....

Fișă de caracterizare a nivelului de dezvoltare psihomotrice

Numele și prenumele ....Data nașterii ....
Date familiale ....
....
Ruta școlară ....
....
Antecedente medicale : ....
....
....

I Conduite motrice de bază
Postura ....
Coordonare oculomotorie ....
Echilibrul static ....
Echilibrul dinamic ....
Coordonare dinamică generală ....

Conduite neuromotorii
Tonusul muscular ....
Sensibilitatea kinestezică (poziția și mișcările părților corpului) ....

II Conduitele și structurile perceptiv-motrice
1. *Schema corporală*
   Percepția și controlul propriului corp ....
   Lateralitatea ....
2. *Organizarea și reprezentarea spațială*
   Percepția spațiului ....
   Orientarea spațială ....
   Organizarea spațială ....
   Înțelegerea relațiilor spațiale ....
3. *Organizarea și reprezentarea temporală*
   Percepția timpului ....
   Elemente de ordine și succesiune temporală ....
   Percepția intervalelor, ciclicității și ritmului ....
4. *Percepția și reprezentarea mișcărilor*
   Percepția mișcării obiectelor ....
   Percepția propriilor mișcări ....
   Reprezentarea ideomotrice ....

III Aptitudinile motrice
Forţa ....
Viteza ....
Rezistenţa ....
Îndemânarea ....

IV Evaluarea praxiei şi a mişcărilor active
Proba marionetelor ....
Pianotajul Ozeretzki ....
Prinderea unui obiect ....
Mobilitatea membrelor inferioare ....
Grafopraxia ....
Sincineziile ....
Proba lui Ray ....
Paratoniile (ticuri şi mişcări ritmice involuntare) ....
....

Observaţii şi recomandări ....
....
....
....
....
....

ANEXA 20

Unitatea .... Nr. ..../..............
Localitatea ....
Judeţul ....

Fişă de examinare complexă şi evoluţie logopedică

Date generale
Numele şi prenumele ....
Data şi locul naşterii ....
Adresa ....
Ruta şcolară ....

Date familiale
Numele şi prenumele părinţilor ....
Profesia şi ocupaţia părinţilor ....
Fratria ....
Relaţiile din cadrul familiei ....
Condiţiile materiale şi confortul locuinţei ....

Anamneza
Evoluţia sarcinii ....
Naşterea ....
Evoluţia şi dezvoltarea copilului în primul an de viaţă ....
Antecedente medicale ....
Starea actuală de sănătate ....
Apariţia tulburărilor de limbaj & etiologie ....

Examen psihologic
IQ ....
Gândirea ....
Memoria ....
Atenţia ....
Voinţa ....
Afectivitatea (stările afective) ....
Temperament ....
Aptitudini ....
Psihomotricitatea ....
Comportamentul ....

Examen logopedic
Aparatul fonoarticulator:
– respiraţia ....
– sistemul labio-comisural ....
– aparatul dentar ....
– maxilarele ....
– limba ....

– palatul dur ....
– cavitatea nazală ....
– cavitatea faringo-laringiană ....

Aparatul auditiv :
– particularităţi anatomo-funcţionale ....
– acuitatea auditivă ....
– controlul auditiv al pronunţiei ....

Componenta motorie (articulare, pronunţare) :
– sunete izolate ....
– sunete în silabe ....
– sunete în cuvinte ....

Componenta semantică :

a) înţelegerea cuvintelor
– cuvinte denumiri ....
– cuvinte acţiuni ....
– cuvinte însuşiri ....
– cuvinte de relaţie ....
– expresii cu sens figurat ....

b) formularea şi înţelegerea propoziţiilor
– cu conţinut familiar ....
– cu conţinut nou ....

c) vocabularul
– activ ....
– pasiv ....

d) particularităţi narative ....

e) elemente prozodice ale vorbirii spontane ....

Componenta afectivă şi expresivitatea vorbirii :

- ritmul vorbirii ....
- vocea şi tonalitatea ....

Citirea :

- raportul fonem-grafem ....
- citirea pe silabe ....
- citirea pe text cunoscut ....
- citirea pe text nou ....
- ritmul citirii ....
- dislexie ....

Scrierea :

- analiza literelor separate ....
- sinteza în silabe şi cuvinte (omisiuni, înlocuiri, inversiuni) ....
- acordul cuvintelor ....
- dificultăţi ortografice ....
- dizortografii ....
- discaligrafii ....

Diagnostic logopedic şi prognostic ....

....

Observaţii privind evoluţia subiectului pe parcursul terapiei

ANEXA 21

Modelul unui *Raport de evaluare complexă a copilului cu dizabilităţi*

I. Date personale

Numele .... Prenumele ....

Data naşterii .... Locul naşterii ....

Domiciliul/Centrul de plasament ....

Şcoala ....

Numele părinţilor şi data naşterii : – tata ....

– mama ....

Pregătirea şcolară, ocupaţia şi locul de muncă : – tata ....

– mama ....

Reprezentantul legal ....

II. Date privind istoria personală a copilului (descriere succintă)

Date relevante privind familia lărgită ....

Date relevante privind jurnalul/biografia copilului ....

Traseul instituţional (dacă este cazul) ....

III. Evaluarea psihologică (descriere succintă) :

Date relevante privind evaluarea psihologică a copilului şi, în funcţie de caz, a părinţilor ....

....

Concluziile şi recomandările psihologului/psihopedagogului ....

IV. Starea de sănătate a copilului şi familiei (descriere succintă) :

Date relevante privind sănătatea copilului şi a membrilor familiei ....

....

Concluziile şi recomandările medicului ....

V. Situaţia socioeconomică a familiei (descriere succintă) :

Date relevante despre climatul familial, relaţiile dintre membrii familiei ....

....

Date relevante despre resursele familiei, situaţia economica, locuinţă ....

....

Date relevante despre integrarea şi participarea socială, informaţii din ecomap ....

....

Concluziile şi recomandările asistentului social ....

VI. Identificarea nevoilor copilului şi familiei (concluziile managerului de caz) ....

....

VII. Propunerea de soluţii :

Sinteza recomandărilor echipei pluridisciplinare (detaliile se vor regăsi în planul de intervenţie personalizat) ....

Propunerea de încadrare într-un grad de handicap ....

Propunerea privind orientarea şcolară şi profesională ....

Propunerea privind luarea unei măsuri de protecţie ....

VIII. Anexe – se ataşează în principal : *Planul de servicii personalizat, Contractul cu familia, Planul de activitate a managerului de caz privind monitorizarea cazului*

Model de contract cu familia

Încheiat astăzi .... *între* :
Domnul/Doamna .... în calitate de manager de caz
şi
Domnul/Doamna .... în calitate de părinte/reprezentant legal al copilului (numele şi prenumele copilului) ....
născut la data de ...., domiciliat în ....
.... pentru care Comisia pentru Protecţia Copilului a decis (măsura de protecţie, încadrare în grad de handicap, orientare şcolară, altele) ....
....
în temeiul Hotărârii nr. ...., din...

I. Scopul contractului
Asigurarea îndeplinirii obiectivelor prevăzute în planul de servicii personalizat.

II. Obligaţiile părţilor:
Managerul de caz se obligă :
- să asigure şi să faciliteze accesul copilului şi familiei la serviciile prevăzute în planul de servicii personalizat ;
- să reevalueze periodic şi să ajusteze planul de servicii personalizat, în raport cu situaţia actuală a copilului, în parteneriat cu familia, copilul, furnizorii de servicii şi autorităţile locale ;
- altele.

Părintele/reprezentantul legal se obligă :
- să asigure participarea copilului la activităţile prevăzute în cadrul instituţiilor şi serviciilor desemnate în planul de servicii personalizat (să-l pregătească, să-l prezinte la timp, să participe la programele pentru părinţi etc.) ;
- să înveţe şi să preia efectuarea corectă a părţilor ce îi revin pentru acasă din programele respective (exerciţii, activităţi, modalităţi de lucru etc.) ;
- să respecte pe deplin regulamentele de funcţionare ale instituţiilor respective ;
- să colaboreze cu managerul de caz în scopul îndeplinirii prevederilor prezentului contract ;
- altele.

III. Durata contractului
Prezentul contract intră în vigoare de la data semnării lui şi se încheie pe o perioadă de implementare a planului de servicii personalizat.

IV. Clauze finale:
- Orice modificare adusă prezentului contract se face prin acordul ambelor părţi.
- În caz de nerespectare, din motive obiective, a celor stipulate în prezentul contract, se va reevalua situaţia creată şi se vor stabili de comun acord noile măsuri care se impun (de exemplu, reducerea dimensiunilor planului actual, identificarea de soluţii alternative, sprijin suplimentar etc.).
- În caz de nerespectare a prevederilor din prezentul contract, contractul va fi reziliat şi întregul proces de evaluare a copilului se va relua în vederea revizuirii hotărârii Comisiei pentru Protecţia Copilului.
- Planul de servicii personalizat constituie anexă şi parte integrantă a prezentului contract.
- Altele.

Prezentul contract s-a încheiat în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Managerul de caz	Părintele/Părinţii/
Reprezentantul legal al copilului	
Semnătura	Semnătura

Plan de servicii personalizat (PSP)

Funcţiile planului de servicii personalizat sunt:

- stabilirea cerinţelor prioritare ale dezvoltării beneficiarului/copilului prin raportare la potenţialul şi capacităţile acestuia, pe domenii de intervenţie;
- stabilirea scopurilor/obiectivelor, serviciilor şi programelor de intervenţie pentru beneficiar;
- precizarea responsabilităţilor, identificarea resurselor şi a serviciilor disponibile în comunitate;
- stabilirea bugetului de timp pentru realizarea obiectivelor.

Numele şi prenumele beneficiarului ....
Data şi locul naşterii ....
Domiciliul ....
Şcoala/instituţia ....
Concluziile evaluării complexe:

- din punct de vedere medical: ....
....
- din punct de vedere psihopedagogic: ....
....
- din punct de vedere al competenţelor şcolare (pe discipline, deprinderi şi capacităţi): ....
....
- din punct de vedere social: ....
....

Structura unui plan de servicii personalizat

Tipuri de servicii (educaţionale, compensatorii, medicale, terapeutice, alte tipuri)	Competenţe (Ce poate face subiectul?)	Dificultăţi (Ce nu poate face subiectul?)	Priorităţi (Ce ar trebui să achiziţioneze?)	Finalităţi (Scopuri şi obiective)

Echipa de caz

- Coordonator: ....
- Educator: .... – Psihopedagog: ....
- Asistent social: .... – Logoped: ....
- Medic: .... – Terapeut: ....
- Părinţi: .... – Alţi membri: ....

Repartizarea activităţilor pe fiecare tip de serviciu/membru al echipei de caz:
....
....
....
....

Prezentul program va fi completat de proiectele de recuperare individuale, rapoartele de evaluare periodică, schiţele sau planurile de activitate periodice (lunare, săptămânale etc.).

ANEXA 24

Program de intervenţie personalizat/individualizat (PIP)

Numele şi prenumele beneficiarului ....
Data şi locul naşterii ....
Domiciliul ....
Şcoala/instituţia ....
Echipa de lucru ....
....
....
....
Problemele cu care se confruntă copilul (rezultatele evaluării complexe) : ....
....
....
....
Priorităţi pentru perioada (se specifică intervalul de timp) : ....
....
....

Structura programului de intervenţie personalizat :

Obiective	Conţinuturi	Metode şi mijloace de realizare	Perioada de intervenţie	Criterii minimale de apreciere a progreselor	Metode şi instrumente de evaluare

Evaluarea periodică :
Obiective realizate : ....
Dificultăţi întâmpinate : ....
Metode cu impact ridicat : – pozitiv : ....
– negativ : ....

Revizuirea programului de intervenţie educaţional-terapeutică (în funcţie de rezultatele evaluărilor periodice) : ....
....

Recomandări particulare : ....
....
....

Rolul şi modul de implicare a părinţilor în program :
....
....

Program de abilitare/sprijin pentru elevul cu cerinţe speciale

Numele şi prenumele beneficiarului ....

Data şi locul naşterii ....

Domiciliul ....

Şcoala/instituţia .... Clasa ....

Echipa de lucru ....

....

....

....

Problemele cu care se confruntă copilul şi asupra cărora se va acţiona în perioada (se trece perioada) : ....

....

....

....

Obiective operaţionale pentru perioada (se trece perioada) : ....

....

....

....

Tipuri de activităţi : ....

....

....

....

Evaluare :

Obiective realizate total sau parţial : ....

....

....

....

Dificultăţi întâmpinate : ....

....

....

....

Observaţii :

....

....

....

....

....

....

....

Unitatea .... Nr......./..............
Localitatea ....
Județul ....

Scala Ozeretzki
Fişa rezultatelor şi protocolul

Numele şi prenumele ....
Data şi locul naşterii ....
Adresa ....

Probe / Vârsta	4	5	6	7	8	9	10	11-12	13-14
1									
2									
3									
4									
5									
6									
Total									

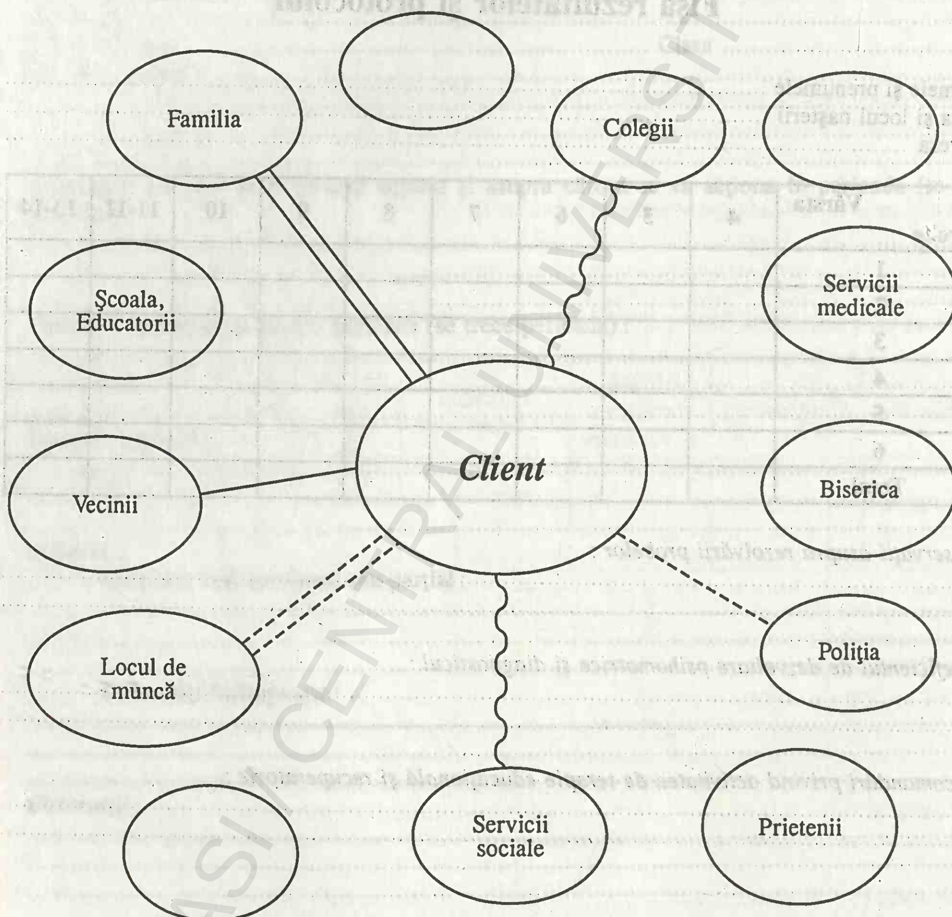
Observații asupra rezolvării probelor :
....
....

Coeficientul de dezvoltare psihomotrice şi diagnosticul :
....
....

Recomandări privind activitatea de terapie educațională şi recuperatorie :
....
....

Model de reprezentare pentru ecohartă/*ecomap*

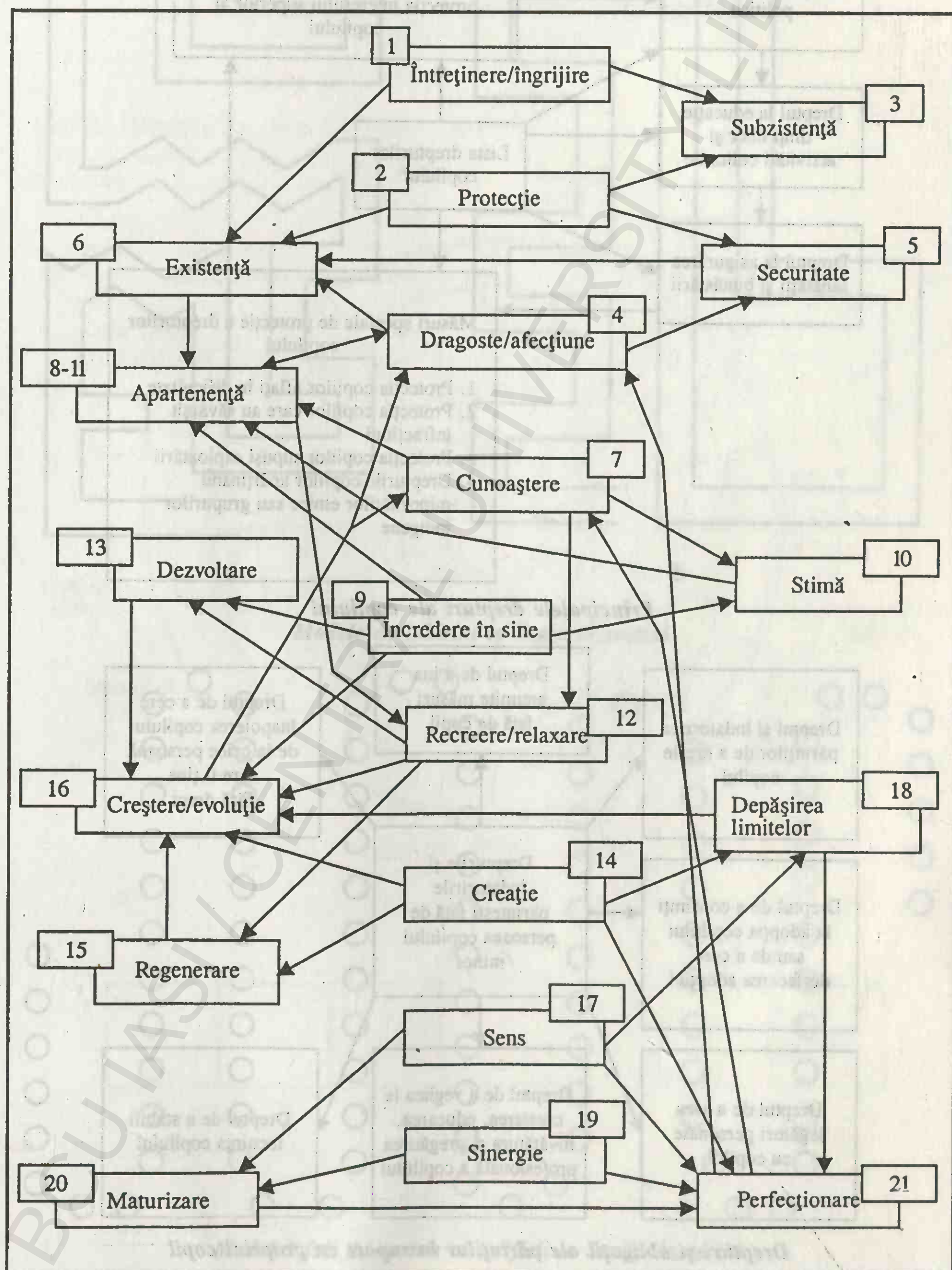
Date de identificare a clientului ....
Data evaluării ....
Evaluator ....

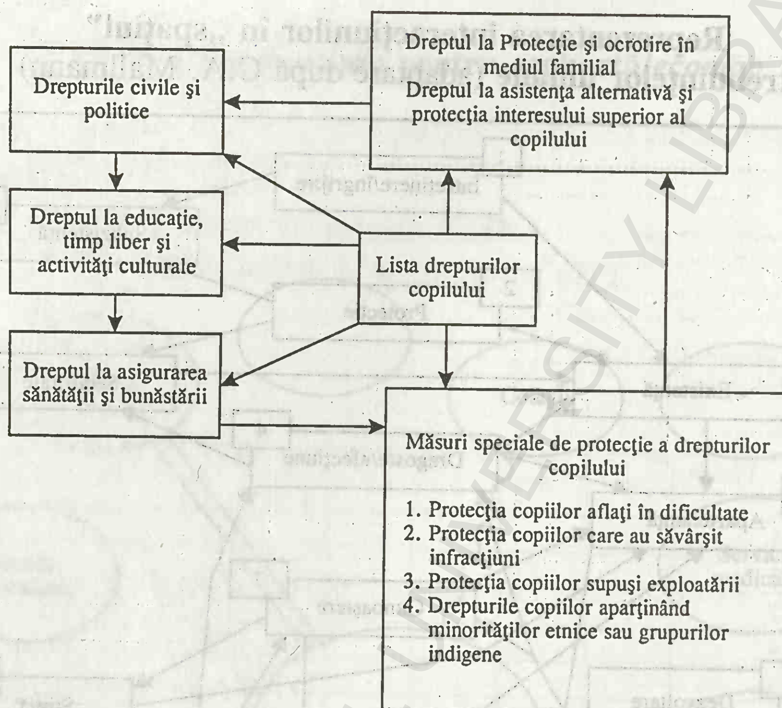


Legendă:

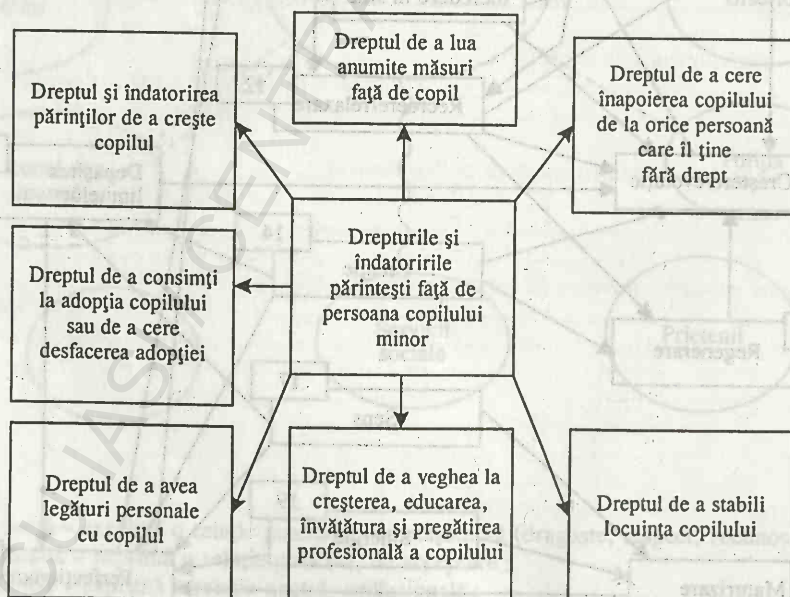
- linie dublă – exprimă o relație puternică, de atașament (dragoste, respect, recunoștință);
- linie simplă – exprimă o relație pozitivă, de acceptare;
- linie curbă – exprimă o relație neutră, profesională;
- linie întreruptă – exprimă o relație negativă, de respingere;
- linie dublă întreruptă – exprimă o relație tensionată, violentă.

Reprezentarea interacţiunilor în „spaţiul” trebuinţelor umane (adaptare după C.A. Mallmann)

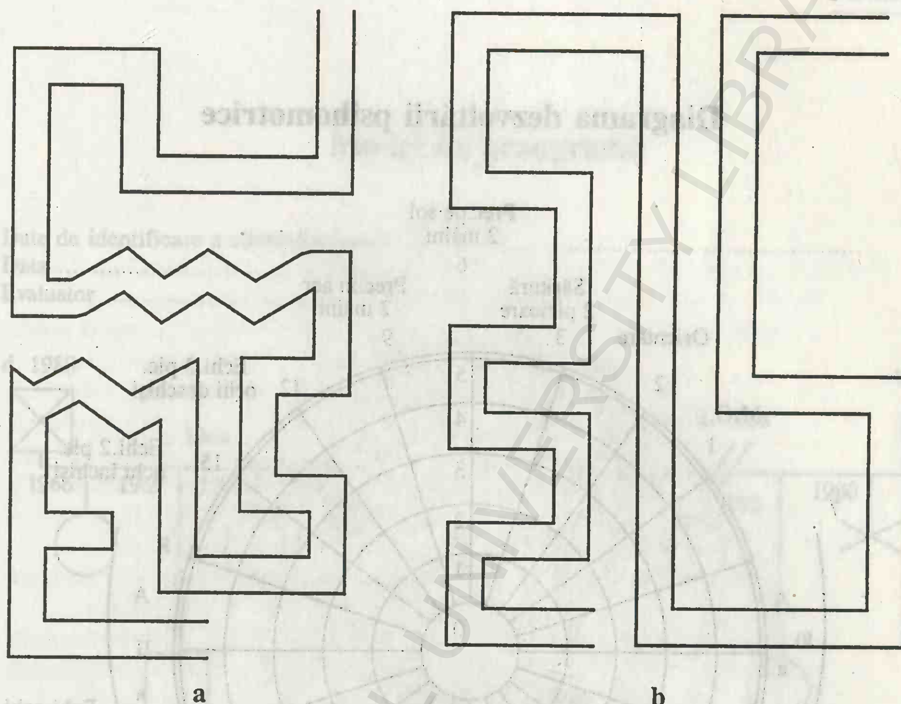




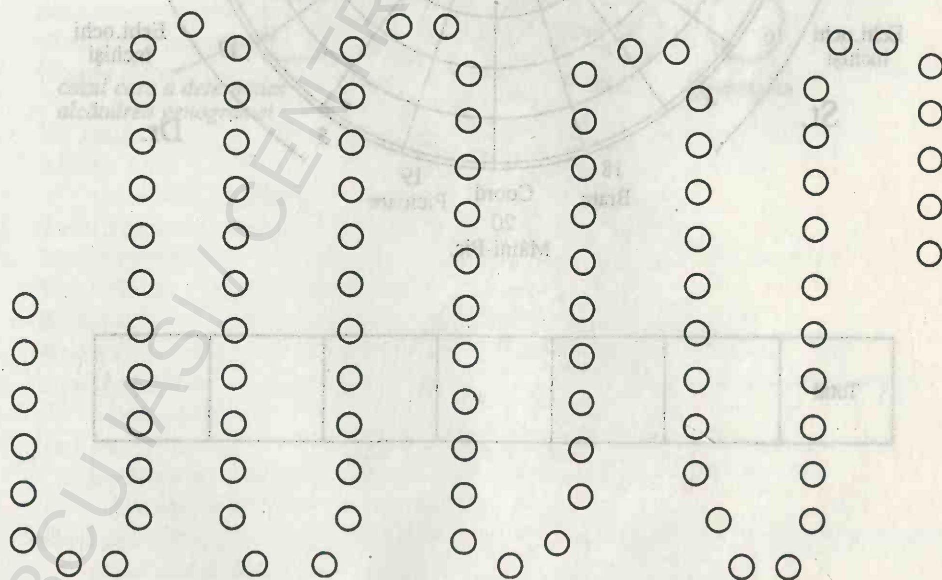
Principalele drepturi ale copilului



Drepturi şi obligaţii ale părinţilor în raport cu propriul copil



Modele de labirint la Scala Ozeretzki



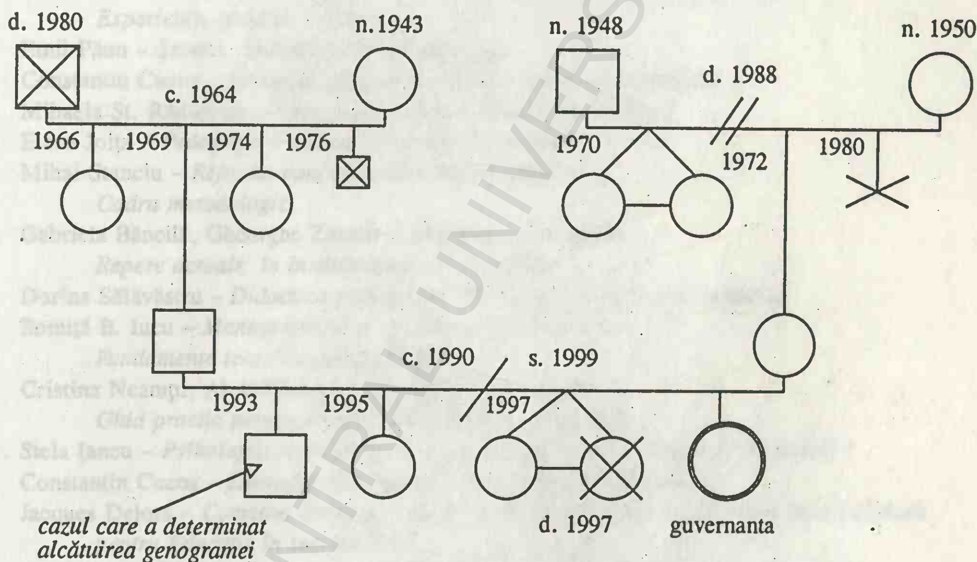
Modelul foii de carton cu orificii la Scala Ozeretzki

Diagrama dezvoltării psihomotrice

Total							

Model de genogramă

Date de identificare a clientului/cazului ....
Data ....
Evaluator ....



ŞTIINŢELE EDUCAŢIEI
Structuri, conţinuturi, tehnici

au apărut :

Constantin Cucoş (coord.) – *Psihopedagogie pentru examenele de definitivare şi grade didactice. Curs elaborat în tehnologia învăţământului deschis la distanţă*
Pierre Dasen, Christiane Perregaux, Micheline Rey – *Educaţia interculturală. Experienţe, politici, strategii*
Emil Păun – *Şcoala. Abordare sociopedagogică*
Constantin Cucoş – *Educaţia religioasă. Repere teoretice şi metodice*
Mihaela Şt. Rădulescu – *Pedagogia Freinet. Un demers inovator*
Elena Joiţa – *Pedagogia – ştiinţa integrativă a educaţiei*
Mihai Stanciu – *Reforma conţinuturilor învăţământului. Cadru metodologic*
Gabriela Băncilă, Gheorghe Zamfir – *Algoritmul succesului. Repere actuale în învăţământul preuniversitar*
Dorina Sălăvăstru – *Didactica psihologiei. Perspective teoretice şi metodice*
Romiţă B. Iucu – *Managementul şi gestiunea clasei de elevi. Fundamente teoretico-metodologice*
Cristina Neamţu, Alois Gherguţ – *Psihopedagogie specială. Ghid practic pentru învăţământul deschis la distanţă*
Stela Iancu – *Psihologia şcolarului. De ce merg unii elevi „încruntaţi" la şcoală ?*
Constantin Cucoş – *Educaţia. Dimensiuni culturale şi interculturale*
Jacques Delors – *Comoara lăuntrică. Raportul către UNESCO al Comisiei Internaţionale pentru Educaţie în secolul XXI*
Ion Albulescu, Mirela Albulescu – *Predarea şi învăţarea disciplinelor socio-umane*
Adriana Albu, Constantin Albu – *Asistenţa psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic*
Ştefan Popenici – *Pedagogia alternativă. Imaginarul educaţional*
Silvia Cernichevici – *Educaţie şi eros. Ghid pentru educatori, părinţi şi tineri*
Traian Cosma – *Şedinţele cu părinţii în gimnaziu*
Romiţă B. Iucu – *Instruirea şcolară. Perspective teoretice şi aplicative*
Teodor Cozma (coord.) – *O nouă provocare pentru educaţie : interculturalitatea*
Constantin Cucoş – *Timp şi temporalitate în educaţie. Elemente pentru un management al timpului şcolar*
Emil Păun, Dan Potolea – *Pedagogie. Fundamentări teoretice şi demersuri aplicative*
Cristina Neamţu – *Devianţa şcolară. Ghid de intervenţie în cazul problemelor de comportament ale elevilor*
Alois Gherguţ – *Sinteze de psihopedagogie specială. Ghid pentru concursuri şi examene de obţinere a gradelor didactice*

www.polirom.ro

Redactor: Adina Cobuz
Coperta: Ionuț Broștianu
Tehnoredactor: Lucian Pavel

Bun de tipar: februarie 2005. Apărut: 2005
Editura Polirom, B-dul Carol I, nr. 4 • P.O. Box 266, 700506, Iași
Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33; O.P. 37 • P.O. Box 1-728,
030174, București; Tel.: (021) 313.89.78, E-mail: polirom@dnt.ro

---

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, București
Tel./Fax: (021) 211.32.60, (021) 212.29.27, E-mail: office@luminatipo.com



Științele educației

Structuri, conținuturi, tehnici

Alois Gherguț

SINTEZE DE PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

Ghid pentru concursuri și examene de obținere a gradelor didactice

Orice demers de integrare a persoanelor cu cerințe educative speciale trebuie să plece, în primul rând, de la schimbarea mentalităților. Această condiție esențială face posibilă crearea unui cadru conceptual în asistența persoanelor respective, precum și a serviciilor de evaluare și expertiză corespunzătoare. Toate aceste etape, cu instituțiile, metodele și instrumentele de intervenție necesare, sunt excelent sintetizate în volumul de față, elaborat și structurat în acord cu cele mai moderne și actuale concepții în materie de pregătire a personalului de specialitate și a cadrelor didactice. Caracterul său profund practic este dat îndeosebi de fișele, protocoalele și grilele după care se realizează evaluarea și expertiza în special a copilului cu dizabilități, precum și de glosarul de termeni frecvent utilizați în psihopedagogia specială.

Reabilitarea, educația și asistența persoanelor cu cerințe speciale • Personalitatea și factorii care condiționează dezvoltarea copilului cu dizabilități • Metode și mijloace de investigație psihopedagogică • Deficiențele asociate/multiple: autismul, sindromul Langdon Down, surdocecitatea • Educația specială: elemente de didactică și noile tehnologii informatice • Instrumente și moduri de activitate/intervenție în serviciile de asistență psihopedagogică





EDITURA POLIROM
www.polirom.ro